



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS SOCIAIS - DTCS  
BACHARELADO EM DIREITO - *CAMPUS III/JUAZEIRO***

**SABINO PEREIRA DE ARAÚJO NETO**

**O DIREITO EM VIDA À MORTE DIGNA E A GARANTIA DA  
AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE EM PROCESSO DE  
FALECIMENTO COMO REFLEXO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA  
PESSOA HUMANA NO BRASIL**

**JUAZEIRO/BA  
2025**

**SABINO PEREIRA DE ARAÚJO NETO**

**O DIREITO EM VIDA À MORTE DIGNA E A GARANTIA DA  
AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE EM PROCESSO DE  
FALECIMENTO COMO REFLEXO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA  
PESSOA HUMANA NO BRASIL**

Monografia apresentada à Universidade do Estado da Bahia (UNEB), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Dr. Luiz Antônio Costa de Santana.

Área de concentração: Filosofia do Direito.

**JUAZEIRO/BA  
2025**


UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
Autorização Decreto nº 9237/86. DOU 18/07/96. Reconhecimento: Portaria 909/95, DOU 01/08 95  
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS SOCIAIS- CAMPUS III  
COLEGIADO DO CURSO DE DIREITO

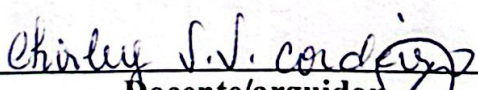


**UNEB**  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA

### **ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MONOGRAFIA**

Aos vinte e quatro dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e cinco no Campus III, do DTCS, da UNEB, Juazeiro - BA, reuniram-se sobre a Presidência do(a) Professor(a), orientador(a) Luiz Antônio Costa de Santana os professores, Chirley Vanuyre Vianna Cordeiro, Reginaldo da Silva Gomes e o(a) Bacharelado(a) **SABINO PEREIRA DE ARAÚJO NETO**, que procedeu, em sessão pública, a apresentação de monografia para conclusão de curso, cujo tema versou sobre, **O DIREITO EM VIDA À MORTE DIGNA E A GARANTIA DA AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE EM PROCESSO DE FALECIMENTO COMO REFLEXO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO BRASIL**, sendo a audiência iniciada às 15h (quinze horas), durando a explanação 30 (trinta) minutos, seguindo-se de perguntas elaboradas pelos examinadores, que ao final atribuíram as seguintes notas, respectivamente: 10,0(dez), 10,0(dez) e 10,0(dez), sendo, assim, obtida a média final 10,0(dez). Nada mais havendo foi encerrada a presente Ata, que vai devidamente assinada.

  
\_\_\_\_\_  
**Presidente/orientador**

  
\_\_\_\_\_  
**Docente/arguidor**

  
\_\_\_\_\_  
**Membro**

## AGRADECIMENTOS

“Descobrimos que amizade é como a gente chama o amor que deu certo” (Suy, 2002).

Quebrando levemente a regra da ordem, primeiramente agradeço aos meus amigos, que fizeram desses seis últimos anos - uma completa e longa montanha russa de emoções e sentimentos - mais intensos, divertidos e verdadeiros. Obrigado por me apresentar a amizade verdadeira, através do amor, do incentivo e da tolerância nos momentos de minha chatice e insuportabilidade, em especial às minhas irmãs de alma e de vida: Bruna Lorena e Fernanda Coelho. A faculdade não seria a mesma sem vocês. Eu não seria eu mesmo sem vocês.

Aos meus professores, mestres e amigos Luiz Antônio Costa, Paulo de Tarso Menezes, Maria Auxiliadora Alves, Bárbara Alves Amorim, Chirley Cordeiro e Adrianno Sandes: a minha eterna gratidão pelo apoio, confiança, compromisso e, principalmente, por não desistirem da arte da docência. Espero um dia conduzi-la com toda proficiência e brilho nos olhos como vocês.

Há um relato que a maior prova de amor vem do sacrifício, um amor sem condições ou expectativas, independentemente das debilidades e defeitos daquele que receberá o afeto. Aos meus pais Maria da Conceição Coelho e Robério Araújo, por tanto terem se sacrificado para tornar os meus planos e sonhos possíveis.

À minha avó Maria dos Santos Araújo (Dona Pepita), obrigado por ser um ser de generosidade, benevolência e amor. Obrigado pelo exemplo de fé, por cada vela acesa; por cada “Pai Nosso”, “Ave Maria” e “Maria passa na Frente” rezados em prol da minha proteção e condução espiritual.

A Sabino Araújo, a minha eterna inspiração. Ao longo da vida acadêmica pude compreender ainda mais o verdadeiro potencial e a marca do seu nome. Obrigado por me fazer querido por muitos tão somente por ter vindo ao mundo com a satisfação de portar o seu nome.

A Sabino Araújo Neto, pela perseverança, força de vontade e paciência que foram exigidas ao longo desses anos de altos e baixos e de ganhos e perdas. Obrigado por conscientemente saber que para todo fim, há recomeços.

Por fim, agradeço a Deus, que se prova existente na minha vida através de toda a sincronicidade dos eventos, pelas grandes e gratas surpresas, bem como pelas oportunidades que tive ao longo da minha jornada na terra.

Que eu tenha a cada dia uma maior condição moral para conhecer e ser artífice das tuas obras em um mundo dominado pelo mal, pelo medo e pelos princípios da conveniência e oportunidade.

Há uma canção que diz que, mesmo que imerso no caos e mudanças, o que verdadeiramente podemos fazer é tentar saber quem são os nossos amigos enquanto seguimos para a guerra.

Aos meus irmãos e amigos, que possamos seguir à guerra, por um mundo melhor.

## RESUMO

Nos últimos tempos, o debate acerca da morte assistida ou voluntária no Brasil e no mundo foi reacendido pelo avanço desenfreado das ciências médicas. Ainda não sendo descoberta a cura para todas as enfermidades e fragilidade humanas, os avanços tecnológicos possibilitaram a manutenção indeterminada da vida, mesmo que esta seja acompanhada de dor e sofrimento intenso. O presente trabalho tem como objetivo analisar a prospectiva legalidade dos procedimentos de morte voluntária no Brasil como reflexo do princípio da dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III, CF/1988). Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida majoritariamente através de revisão bibliográfica, com foco na interdisciplinaridade entre o Direito, a Filosofia, a Psicologia e a Sociologia. Como resultado, restou demonstrado amparo jurídico e humanitário da morte assistida no Brasil, que tem como fundamento a presença de conteúdos e elementos mínimos do conceito de dignidade humana de modo a atribuir eficácia ao direito de viver e morrer dignamente.

**Palavras-chave:** morte assistida; dignidade humana; eutanásia; suicídio; suicídio assistido.

## **ABSTRACT**

Lately, the public debate surrounding assisted dying or voluntary death in Brazil and around the world has regained its spark with the unbridled expansion of medical science. Even though the cure for all human diseases and fragilities is yet to be found, the growth of technology enables the indefinite conservation of life, even if it carries intense pain and suffering. The current study aims to analyze the prospective legal legitimacy of voluntary death procedures in Brazil as a reflection of the principle of human dignity (article 1, section 3, Federal Constitution of Brazil - 1988). The present research is qualitative in nature, developed in its majority through bibliographical revision, focusing on the interdisciplinarity between Law, Philosophy, Psychology and Sociology. As a result, judicial and humanitarian support for assisted dying was found in Brazilian Law, substantiated by the presence of minimal elements of the concept of human dignity, allowing for the effectiveness of the right to live and die with dignity.

**Key-words:** assisted dying; human dignity; euthanasia; suicide; assisted suicide.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1. DIGRESSÃO CONCEITUAL PRELIMINAR.....</b>	<b>11</b>
1.1. Prognósticos do Fim da Vida.....	11
1.2. Eutanásia.....	17
1.3. Ortotanásia.....	19
1.4. Distanásia.....	20
1.5. Mistanásia.....	21
1.6. Suicídio assistido.....	22
1.7. Cuidados paliativos.....	23
1.8. Suicídio.....	24
<b>2. TRIVIALIZAÇÃO DA VIDA DIGNA.....</b>	<b>28</b>
2.1. A Vida Banal e Indigna.....	28
2.2. O Abstracionismo da (In)Dignidade.....	33
<b>3. A BANALIZAÇÃO DA MORTE.....</b>	<b>40</b>
3.1. A Morte Banal e Indigna.....	40
3.2. A Liberdade e a Servidão.....	46
<b>4. A AUTODETERMINAÇÃO DAS CONDUTAS HUMANAS.....</b>	<b>56</b>
4.1. A Dignidade na Vida.....	56
4.2. A Dignidade no Decesso.....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUÇÃO

Abriu as veias do braço, mas o sangue correu muito lentamente, assim, cortou as veias das pernas. Porém, como a morte demorava, pediu a seu médico que lhe desse uma dose de veneno. Como este não surtiu efeito, enquanto ditava um texto a um dos seus discípulos, tomava banho quente para ampliar o sangramento. Por fim, fez com que o transportasse para um banho a vapor e, ali, morreu sufocado (Sêneca, 2019, p. 10).

Após ser condenado à morte pelo Imperador Nero, recebendo a ordem de praticar o suicídio, Lúcio Anneo Sêneca o executou de bom grado, com igual serenidade e coerência com que pregou a filosofia estoica durante a sua existência. Na sua concepção, seria preferível a conduta autônoma de tirar a própria vida ao ato de permitir que outros o execute ou mesmo nas hipóteses que a continuidade da existência esteja baseada na servidão e submissão às vontades alheias.

O eventual impacto que a descrição da lenta agonia da sua morte expressa a retaliação da sociedade contemporânea defronte a concepção de que os seres humanos possuem o direito e a legitimidade para retirar a própria vida. Neste contexto, há uma tendência social ao repúdio à morte voluntária ou assistida - o encerramento da existência humana por vontade de seu titular -, que demonstra-se irreduzível e acrítica, desconsiderando as circunstâncias e motivações que levam ao desejo e à prática da conduta suicida.

Naturalizou-se a concepção de que o decesso humano deve ser sempre um evento involuntário, de modo que o titular do direito à vida deve esperar que um ato alheio à sua vontade - um acidente aéreo ou de trânsito, uma violência praticada por um terceiro, um desastre natural ou uma enfermidade - seja a causa definitiva ou reflexa do seu desencarne. Nesta conjectura, a legitimidade da morte fundamenta-se no acaso ou na vontade divina, sempre absoluta e inexorável.

Noutro lado, pela vida ser considerada uma sacralidade e um valor absoluto, restaria aos enfermos com doenças graves, em estado vegetativo ou terminal, ou sem possibilidades terapêuticas conhecidas para promover-lhe a cura, somente o esperar de modo passivo a morte. Em que pese esta agonizante aguarda ser acompanhada de sofrimentos de ordens física, psíquica, social e emocional, o desejo do indivíduo debilitado por uma morte serena e menos dolorosa é geralmente interpretado como um ato de covardia, medo e profanação à vida.

Noutro passo, quando o bode expiatório escolhido para levar a culpa pela morte não é o próprio titular da vida, evoca-se um eventual fracasso das ciências e técnicas médicas e a sua impotência quanto ao fenômeno da morte. Um diagnóstico faltante, um procedimento ainda não desenvolvido e o insucesso na procura por cura de todas as mazelas humanas são considerados os responsáveis pelo fracasso do encontro com a morte.

Ana Cláudia Arantes (2019, p. 57), na sua obra *A Morte é um Dia que Vale a Pena Viver*, expõe que no atual século XXI, cerca de um milhão de brasileiros morrem todos os anos, na proporção que mais de oitocentos mil têm a sua morte anunciada. Esta é a morte previamente acompanhada por um diagnóstico de uma grave enfermidade ou da própria velhice, que alarma o indivíduo de que a vida em breve se encerrará, gradativamente. Não haverá alternativas de fuga: a morte é iminente e está mais próxima do que antes.

A autora relata, ainda, outro dado mais alarmante; ou importante, a depender da perspectiva: nove a cada dez pessoas terão a morte anunciada no Brasil, uma experiência física de dor e sofrimento que acompanhará o titular do direito à vida até o seu fim. Neste processo, pode-se aceitar a morte através da valorização do tempo vivido e do que lhe resta, ou negá-la, hipótese geralmente acompanhada de sentimentos de negação quanto ao diagnóstico, raiva e mesmo depressão.

A bem da verdade, a ciência médica encontra-se no mais elevado grau de modernização. Entretanto, os seus avanços ganharam um contexto negativo na atualidade, que evoca um dilema moral e bioético causado pelo paradoxo da possibilidade de prolongamento indefinido da vida através da manutenção artificial com a conservação do estado de dor e sofrimento - em todos os seus aspectos - e inconsciência do paciente em situação de morte anunciada.

Neste contexto, o debate da morte voluntária - a possibilidade de aceitação da finitude e do decesso humano com a abreviação da vida por escolha do seu titular revela-se essencial não exclusivamente na perspectiva social, mas com o enfoque na esfera individual: a morte anunciada chegará, eventualmente, para todos.

Enquanto atualmente discute-se o tema com fulcro na perspectiva do outro, relembra-se que, num futuro certo, o crítico estará em igual condição, que o forçará a enfrentar o mesmo dilema: insistir em procedimentos terapêuticos que prolongam a vida indefinidamente e que não geram como efeito o alívio do sofrimento, a cura

da enfermidade ou a sobrevivência, ou de recusá-los para beatificação e exercício de dignidade nos momentos finais da vida.

Nestes casos, certamente, o intérprete precisará de suporte social e possibilidades jurídicas para fundamentar as suas escolhas, independentemente da opção designada, o que revela a essencialidade do debate sobre a morte assistida e o retorno à consciência da finitude humana, de modo a promover o exercício da liberdade e da autonomia aos indivíduos que no momento hodierno experienciam a condição de morte anunciada e regressão do seu quadro de saúde.

Por todo o exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar a prospectiva legalidade e legitimidade dos procedimentos de morte voluntária no Brasil como reflexo do exercício da dignidade da pessoa humana, previsto como fundamento da República Federativa do Brasil (artigo 1º, III, Constituição Federal de 1988) e garantido com a promoção do direito à vida e outros Direitos Fundamentais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida majoritariamente através de revisão bibliográfica de artigos e da doutrina especializada no tema, com foco na interdisciplinaridade, em virtude do quadro narrativo não se limitar à perspectiva jurídica e social, mas também filosófica e psicológica.

Destarte, o leitor é inicialmente convidado à compreensão de conceitos preliminares inerentes ao tema da morte voluntária, em especial as situações clínicas de prognóstico do fim da vida - os quadros de saúde que anunciam o encerramento da vida humana - e os procedimentos médicos e sociais que circundam o tema, como a eutanásia, a ortotonásia, a distanásia, a mistanásia, o suicídio assistido, os cuidados paliativos e o suicídio, de modo a evitar imprecisões e confusões terminológicas.

Seguidamente, defende-se que a atual relutância social defronte o direito de morrer com dignidade se fundamenta na banalização do fenômeno da vida - uma ausência de reflexão e consciência da própria finitude, que exaspera-se com as políticas sociais de pão e circo, com a sociedade do consumo de produtos e serviços, bem como a alienação da vida presente, da dor e do sofrimento humano. Com efeito reflexo, também trivializou-se o fenômeno da morte, um cenário manifestado pela qualidade de tabu conferida ao tema - o medo acompanhado de um ato de fuga teórica do decesso, enquanto que os hábitos diários mais a aproxima -, pelo descaso dos serviços públicos, pelo elevado índice de suicídio e a miserabilidade que acompanha a morte dentro e fora dos leitos hospitalares.

No mundo jurídico, o princípio da dignidade da pessoa humana sofre de anemia: a sua imprecisão teórica se manifesta com o intenso grau de relatividade, que torna difíceis ou impossíveis a sua determinação e aplicação prática. Enquanto que doutrinadores criticam a sua aparente inutilidade conceitual, são propostas a sua delimitação negativa - chegar à determinação do conceito com a definição do que não é uma vida digna - e a identificação de elementos e conteúdos mínimos capazes de legitimar e valorar a dignidade para sua aplicação em dilemas morais complexos, como a morte voluntária.

Por fim, defende-se que a dignidade deve estar voltada à perspectiva do indivíduo titular do direito à vida, com a promoção de condições materiais e jurídicas mínimas para o exercício fundamental de autonomia, evitando-se, noutro lado, as políticas paternalistas e jurídico-moralistas que são evocadas para vetar e condenar os procedimentos de morte assistida no Brasil.

No contexto, a busca pela felicidade e qualidade de vida pelo próprio titular, revela-se como um direito fundamental à liberdade individual para a auto-realização na vida e, por conseguinte, na própria morte; possibilidade juridicamente respaldada pelo princípio da dignidade da pessoa humana, que desimpede às possibilidades jurídicas de legalização da eutanásia e do suicídio assistido, bem como a regulamentação e aperfeiçoamento de procedimentos alternativos atualmente permitidos, como a ortotanásia e os cuidados paliativos, para devida humanização do desfalecimento.

## 1. DIGRESSÃO CONCEITUAL PRELIMINAR

### 1.1. Prognósticos do Fim da Vida

“A morte está hoje diante de mim como a cura depois de uma doença. Como a liberdade depois da prisão. A morte está diante de mim como o perfume da mirra, Como estar sentado sob a vela do barco em dia de vento. A morte está diante de mim como a fragrância do lótus, como estar sentado na praia da embriaguez”.

(Christian Jacq)<sup>1</sup>

Segundo Genival Veloso França (2021, p. 582), há cinco situações críticas no âmbito clínico de pacientes que são prognósticos do encerramento da vida humana - uma morte anunciada que está diante e próxima do enfermo - e que suscitam um dos principais dilemas éticos sobre o assunto: a antagonia entre a preservação indefinida da vida e o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e emocional do enfermo diante da incurabilidade e irreversibilidade da doença ou mal que o acomete.

O primeiro prognóstico refere-se aos pacientes em estado vegetativo continuado ou persistente (EVP). Preliminarmente, na inteligência de Délio José Kipper (2009, p. 1), o estado vegetivo é diagnosticado, dentre outras características, pela ausência de evidência de consciência do paciente sobre si mesmo, em conjunto da inexistência de respostas comportamentais voluntárias a estímulos visuais, auditivos, táteis ou nocivos de forma significativa, associado à total incapacidade de interagir com outras pessoas. Em linhas gerais, as causas mais frequentes que resultam neste diagnóstico são lesões agudas no Sistema Nervoso Central - SNC, ou doenças metabólicas ou degenerativas; ou, ainda, as malformações congênitas (Kipper, 2009, p. 1).

Na espécie continuada ou persistente, a lesão no sistema nervoso central é recente e aguda, mas deu causa ao diagnóstico vegetativo no paciente por um lapso temporal de até quatro semanas ou um mês. Nestes casos, os cuidados seguem os ditames nos moldes dos pacientes considerados “salváveis” pela ciência médica

---

<sup>1</sup> Christian Jacq é um famoso egiptólogo que traduziu diversos textos da sabedoria antiga egípcia, desde as palavras de faraós conhecidos, escribas anônimos e as inscrições profanas e religiosas gravadas nos templos, tumbas e papiros no Egito, dentre as quais o “Diálogo de um homem com a sua alma-ba”, traduzido na sua obra “A Sabedoria Viva do Antigo Egito” (2002).

(França, 2021, p. 582) e as chances de cura sofrem influência direta da causa deste diagnóstico.

Nos casos de pacientes em estado vegetativo permanente, o segundo prognóstico de morte anunciada, a não evidência de consciência e resposta aos estímulos externos perpassam o período de um ano após a lesão no Sistema Nervoso Central ou pelo menos três meses nas hipóteses de doenças metabólicas e degenerativas, ou a malformação congênita (Kipper, 2009, p. 2). Nestas circunstâncias, contudo, é evidenciada atividade cerebral do paciente, mas sua sobrevivência é condicionada à utilização da técnica da respiração artificial (França, 2021, p. 583).

A terceira situação crítica refere-se aos pacientes em situação de morte encefálica - ME. Nas palavras de Kipper (2009, p. 2), dentre outros requisitos, o diagnóstico de morte encefálica é resultante da ausência total e irreversível das funções cerebrais do paciente, sem nenhum dos reflexos dos nervos cranianos e do tronco cerebral, ou da perfusão sanguínea cerebral, que impede o fornecimento de oxigênio e outros nutrientes ao cérebro através do fluxo sanguíneo.

A princípio, os critérios de morte encefálica foram definidos através da Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, que regulamentou a retirada *post mortem* de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento no Brasil, em virtude da obrigatoriedade de precedência de diagnóstico de morte encefálica por força do artigo 3º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997<sup>2</sup>.

Posteriormente, os critérios de diagnóstico foram atualizados pela Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017, que revogou a primeira e delimitou, no seu primeiro artigo, o procedimento de reconhecimento de morte encefálica somente aos pacientes “que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente” (Brasil, 2017), desde que, cumulativamente, satisfaçam os seguintes pré-requisitos:

- a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;

---

<sup>2</sup> Art. 3º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (Brasil, 1997).

- b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;
- c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas;
- d) temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg para adultos, ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos [...]. (Brasil, 2017).

Por ser expressamente conceituada pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, o tema da morte encefálica é tratado com maior objetividade e sem a incidência de maiores dilemas éticos acerca da interrupção voluntária da vida por um ato de terceiro mediante a prática da eutanásia (Souza, 2022, p. 133), como se discorrerá adiante.

A quarta situação crítica que anuncia o provável encerramento da vida direciona-se aos pacientes terminais. Este quadro, por sua vez, caracteriza pela não resposta do paciente a nenhuma medida terapêutica defronte à evolução da sua doença ou enfermidade, não havendo a possibilidade de cura e, com efeito, o prolongamento da sua sobrevivência (França, 2021, p. 583).

Nas palavras de Kipper (2009, p. 2), a condição de um paciente em situação de terminalidade é irreversível e a probabilidade de morte é alta dentro de um período considerado curto de termo (nos próximos três a seis meses), independentemente do tratamento. Para Holland, referenciado por França (2021, p. 583), a terminalidade apresenta duas características básicas: a incurabilidade e o fracasso terapêutico dos recursos médicos disponíveis.

No último prognóstico de morte anunciada, os denominados pacientes sem possibilidade terapêutica são aqueles que possuem doenças degenerativas, que causam a deterioração progressiva do estado de saúde do paciente, sem perspectiva de melhora, ou que tenham sequelas de um Acidente Vascular Cerebral - AVC, cujo estágio de degeneração automotora é avançado (França, 2021, p. 583). Dentre as principais doenças degenerativas, destacam-se o mal de Alzheimer, o mal de Parkinson, a esclerose múltipla, a osteoporose e a distrofia muscular.

Nestes casos, a situação de cura não é possível pela Medicina atual. Entretanto, a qualidade de vida do paciente é preservada através dos cuidados

paliativos e outros recursos médicos que promovem o apoio necessário para a convivência do paciente com a sua enfermidade (França, 2021, p. 583).

Em todos contextos e quadros clínicos citados, o encerramento da vida humana é certo e esperado, mesmo que demore dias, meses ou até anos. Todavia, a problemática acerca da antecipação voluntária da morte através da eutanásia, ortotanásia, suicídio assistido e entre outros procedimentos e condutas que serão elucidadas neste trabalho - ora sob um viés de reprovação, ora sob um viés reflexivo e simpatizante - é engendrada pela percepção da ciência médica acerca do fato morte e todas as suas facetas.

Segundo Sofia Cristina Dreher (2018, p. 77), atualmente, o encerramento da vida humana é considerado uma falha da Medicina, que traz consigo, dentre outros efeitos, um sentimento de fracasso e impotência por parte da classe médica e da ciência. Com a tecnologização da medicina a partir do século XX, há tratamentos disponíveis para doenças anteriormente consideradas fatais aos seres humanos (Souza, 2022, p. 119), além do diagnóstico precoce e com novos medicamentos, capazes de prolongar a vida dos seres humanos, em especial àqueles dentro de um dos cinco prognósticos acima apontados, e, conseqüentemente, postergar o fim da vida.

Este contexto, inclusive, para os pacientes sem possibilidades terapêuticas, que mesmo em situação de doenças e diagnósticos irreversíveis, a prolongação da vida é viabilizada através de intervenções artificiais, a exemplo dos aparelhos que substituem órgãos vitais dos seres humanos (Souza, 2022, p. 119).

Em que pese os avanços nos procedimentos e técnicas terapêuticas, a ciência não se demonstra capaz de evitar a morte, assim como não irá fazê-lo, defronte a naturalidade deste episódio diante da vida. Apesar de milenar o conhecimento seguinte e da sua associação à religiosidade e à espiritualidade humana, que evidentemente devem ser afastados do mundo jurídico, o porquê e as nuances da existência humana são pilares da religião e filosofia budista, baseados nos ensinamentos deixados por Siddhartha Gautama - o Buda - na obra denominada *Dhammapada* (2010).

Precisamente, sobre o tema da morte, Buda conceitua como a “Primeira Nobre Verdade” - denominada de *Dukka* - a consciência humana que leva à cessação do sofrimento humano através da aceitação da existência da dor como

forma de expressão da naturalidade da vida, com toda a sua imperfeição, impermanência e insubstancialidade (Livraga; Schwarz, 2010, p. 28).

Na sua concepção, nenhum ser humano pode escapar do sofrimento comum que se reflete em três “terríveis” realidades: a velhice, a enfermidade e a morte; pois, todo humano, tão somente pelo motivo de ter esta natureza, irá se deparar com o envelhecimento, com a doença e, finalmente, com a morte (Livraga; Schwarz, 2010, p. 29), ambos naturais à vida.

Nas palavras de Livraga e Schwarz (2010, p. 29), *Dukka* - a Primeira Nobre Verdade - é a concepção de sofrimento que engloba também as situações de separação dos entes queridos, como a dor do luto e da distância, a perda das condições agradáveis, como a saúde e bem-estar, bem como a não obtenção daquilo que se deseja, a desgraça e as demais situações relacionadas ao sofrimento e à insatisfação humana.

A morte, nesta perspectiva, é encarada como um fato natural da vida que, apesar de poder se postergada através dos tratamentos médicos e intervenções artificiais, não se pode evitar ou prolongar indefinitivamente; ou, noutra percepção, ser encarada como um ato de covardia do enfermo que a aceita com boa estima ou um fracasso das técnicas e dos profissionais médicos. Nas palavras de Ana Cláudia Quintana de Arantes, sobre o sentimento de insatisfação do profissional de saúde perante a frustração das medidas e técnicas terapêuticas:

A infelicidade é uma presença constante na vida do médico que só aprendeu sobre doenças. Já aquele médico que busca o conhecimento sobre “cuidar” com o mesmo empenho e dedicação que leva para o “curar” é um ser humano em permanente realização (Arantes, 2019, p. 55).

Noutra via, o atual estágio da medicina e de sua ciência, ao enxergar a morte do paciente como uma impotência e falta de preparo médico hospitalar, objetiva em demasia os tratamentos, que não se direcionam ao enfermo, mas à(s) sua(s) doença(s), reduzindo-os à números e à sua patologia, afastando a análise e os dados sobre eventual suporte psicológico, mental e espiritual para a família (Dreher, 2018, p. 72) do paciente crítico durante o processo de morte.

Para alguns críticos e adeptos à objetificação da medicina, a recusa por tratamentos modernos e a aceitação da morte natural pelo paciente resumem-se, simplificada e egoisticamente, a um ato de covardia, fracasso ou medo (Dreher, 2018, p. 77). Contudo, como se pondera, trata-se de uma aceitação da condição

humana diante do processo natural da morte; que é, inclusive, considerado um dos princípios da teoria *Hospice*, que viabiliza o tratamento paliativo do paciente em estado de terminalidade (Gouvêa; Deval, 2018, p. 57), com devida assistência humanizada e alívio do seu sofrimento psicológico, espiritual e físico ao longo deste processo.

Para os escritos egípcios que inauguraram este capítulo, a morte em determinadas situações é sinônimo de cura e liberdade diante do sofrimento aprisionante e sufocante do ser humano - um estar “sentado na praia da embriaguez” (Jacq, 2002, p. 50), analogamente associado ao estado de inconsciência causado pelos sedativos administrados ou pela própria intensidade e insuportabilidade da dor. Em continuidade aos escritos:

A morte está diante de mim como o momento em que cessam as intempéries, como o momento em que se volta para casa depois de uma expedição. A morte está diante de mim como um clarão no céu. Como a descoberta daquilo que se ignorava. A morte está hoje diante de mim como o momento em que o homem deseja rever o seu lar depois de ter passado anos no cativeiro.

Diálogo de um homem com a sua alma-ba (Christian Jacq, 2002, p. 151).

Independentemente de concepções no campo da metafísica, que compõem a base moral e intelectual do paciente e devem ser considerados e respeitados em atenção à sua singularidade e dignidade (Dreher, 2018, p. 90), são evidentes os dilemas éticos que circundam a conduta do médico, da sua família e os avanços da medicina no contexto dos tratamentos aos pacientes em estado vegetativo continuado, permanente, sem possibilidade terapêuticas e os terminais, como ora pormenorizados.

Segundo Gouvêa e Deval (2018, p. 56), os avanços médicos que prolongam a vida indefinitivamente ganharam um contexto negativo na atualidade. No mesmo sentido, a reflexão que se questiona no campo da bioética consiste em definir até que ponto pode haver a manutenção artificial da vida dos pacientes em estado de terminalidade (Souza, 2022, p. 120), bem como àqueles em estado vegetativo, especialmente quando a manutenção da sua vida através das técnicas médicas perpetuam o seu estado de dor e sofrimento.

Em conformidade aos ensinamentos de Jacqueline Russ (*apud* Nalini, 2015, p. 312), a bioética consiste na busca por formas atuais de respeito à dignidade da pessoa humana no campo da medicina, mas conceitua-se, igualmente, como a

expressão da responsabilidade da sociedade atual para com a humanidade futura, que está sob a sua guarda e que sofrerá as consequências provenientes da sua conduta no campo do controle de reprodução humana, do controle da hereditariedade e do biopoder no controle sobre o sistema nervoso (Nalini, 2015, p. 312).

Considerando tudo o quanto exposto, o conhecimento das situações críticas dos pacientes que configuram-se prognósticos de morte iminente são essenciais à discussão sobre os dilemas que circundam o campo da bioética para as gerações atuais e futuras.

Primeiramente, ao permitir a distinção entre os diferentes quadros e em quais pode ser admitido o exercício da autonomia do enfermo no tratamento e no processo de morte, como na possibilidade de decidir o seu momento, em ato próprio ou de terceiro, distinguindo-se quais hipóteses dessa prática é reprovável humana e socialmente e quais podem ser analisadas sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana, que é fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, Constituição Federal de 1988).

## **1.2. Eutanásia**

Aponta-se nos ensinamentos de Gouvêa e Deval (2018, p. 52), que a palavra eutanásia tem origem no grego *euthanatos*, segundo o qual o prefixo *eu* significa *boa* ou *benéfica* e *thanatos*, a morte ou encerramento da vida.

Apesar do sentido originário ter sofrido alterações ao longo dos anos, a eutanásia também é atualmente referenciada como “morte fácil”, “morte misericordiosa”, “morte digna, honesta e gloriosa” (Gouvêa; Deval, 2018, 53), “morte piedosa”, “morte benéfica” ou, inclusive, como o eventual “direito de matar” (Souza, 2022, p. 131) ou “homicídio piedoso”, por motivo de humanidade para com o enfermo.

Neste procedimento, um terceiro - geralmente um médico ou outro profissional da saúde - desliga os aparelhos artificiais que prolongam a vida do paciente ou pratica conduta análoga, ativa ou passiva, com o objetivo de, através da morte, fazer cessar a dor e o sofrimento do enfermo, em especial causados por sua patologia em associação ao tratamento que lhe é submetido (Souza, 2002, p. 131).

No primeiro caso, o desligamento de aparelhos configura a forma passiva da eutanásia, bem como nas hipóteses em que o paciente é levado para casa ou quarto hospitalar após a estadia nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI. Na modalidade ou forma ativa, o médico ou terceiro injeta uma substância diretamente no corpo do paciente para promover-lhe a morte e por não mais suportar ver o seu sofrimento (Sanches, 2025, p. 25).

As possíveis sujeitos passivos da eutanásia são os pacientes em estado vegetativo permanente ou em terminalidade (Sanches, 2025, p. 25), que geralmente têm a sua vida prolongada mediante aparelhos artificiais e outros tratamentos agressivos que não geram diretamente o efeito da cura ou a sobrevivência.

No que concerne ao prolongamento da vida do enfermo, em complemento, o que fundamenta a conduta do agente não é apenas a continuidade da dor ou sofrimento do enfermo, quando a cura não é mais possível, mas também as de seus familiares e entes queridos (Dreher, 2018, p. 75). Conforme Arantes (2019, p. 51), “Diante de uma doença grave e de caminho inexorável em direção à morte, a família adoce junto”. Quando o médico, por sua vez, tem o consentimento desta para praticar a conduta, consuma-se a eutanásia involuntária (França, 2021, p. 581).

Dentre os principais críticos da eutanásia, França (2021, p. 581) defende que em nenhuma circunstância a eutanásia pode ser permitida ou legalizada, sob alguma forma, mediante a proibição da conduta ativa ou passiva do médico ou profissional que contribuiu com o resultado da morte. No mesmo sentido, para o autor, mesmo nos casos dos pacientes em estado vegetativo permanente, o ato de desligar os aparelhos e se opor a esse tipo de vida consiste em homicídio e é moralmente reprovável (França, 2021, p. 483).

No Brasil, entretanto, a única hipótese que permite a prática da eutanásia são os casos de morte encefálica, que primeiramente é declarada pelo profissional médico, nos termos da Resolução n. 2.173/2017, e que autorizam a suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida do paciente (Souza, 2022, p. 133).

Segundo França (2021, p. 577) e Sanches (2025, p. 25), entretanto, não pode-se dizer que há prática da eutanásia com a suspensão dos meios artificiais que mantém a vida dos pacientes terminais com diagnósticos de morte encefálica em virtude, numa primeira perspectiva, do indivíduo encontrar-se morto segundo a concepção atual de morte do Conselho Federal de Medicina e, noutra, de não ter o

terceiro (médico) dado causa aos eventos que levaram o paciente ao estado de ausência total e irreversível das funções cerebrais.

Em que pese controverso e não permitido no Brasil, com a devida ressalva acima, é possível apontar certa aceitabilidade da sociedade para com a motivação em torno da morte benéfica ou piedosa. Isto porque, não sendo o caso de morte encefálica declarada, a eutanásia pode ser enquadrada como homicídio privilegiado com fundamento no valor moral, conforme o §1º do artigo 121 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), que tem como efeito a diminuição da pena em concreto submetida ao agente.

Segundo Sanches (2025, p. 24), o motivo de relevante valor moral é aquele considerado nobre, aprovado pela moralidade média e analisado segundo o senso comum da sociedade, mas não segundo os critérios pessoais do agente que pratica a conduta homicida, motivo o qual seu reconhecimento condiciona-se ao procedimento de quesitação perante o Tribunal do Júri (Brasil, 1941).

Além disso, o Projeto de Lei nº 236/2012, que trata do novo Código Penal Brasileiro, objetiva com a disposição do artigo 122 tipificar expressamente a conduta de matar paciente em estado terminal por piedade ou compaixão para abreviação do sofrimento insuportável causado por doença grave, quando a seu pedido. Na hipótese de na íntegra aprovado, o seu primeiro parágrafo, que dispõe acerca da possibilidade do juiz deixar de aplicar a pena, de acordo com as circunstâncias do caso e a eventual relação de parentesco e afinidade entre o agente e a vítima, irá migrar a conduta privilegiada de causa de diminuição de pena em concreto para causa de isenção de pena ou exclusão da culpabilidade.

### **1.3. Ortotanásia**

O prefixo *orthos* tem origem grega e significa *correto* ou *certo*. Trata-se da morte “correta” do paciente, no seu tempo certo, sem prolongamento ou adiamento. Em outras palavras, significa a morte natural, que garante que o paciente não seja submetido a um estado clínico irreversível e tratamentos terapêuticos inúteis defronte a sua condição de saúde (Gouvêa; Deval, 2018, p. 53).

Nas palavras de França (2021, p. 584), um “tratamento fútil” - também denominado de “obstinação terapêutica” - são aqueles tratamentos em que os

resultados dos meios utilizados são mais nocivos ao paciente do que os danos produzidos pela própria enfermidade e que, da mesma forma, não têm como efeito possível a cura ou a sobrevivência (França, 2021, p. 584).

Em realidade, trata-se de subespécie do gênero eutanásia, conceitua “eutanásia omissiva” (Sanches, 2025, p. 25), praticada mediante a suspensão do tratamento e dos meios artificiais do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, inclusive para com aqueles com o diagnóstico de morte encefálica (França, 2021, p. 576). Nas palavras de Souza (2022, p. 136), é a morte decorrente da limitação terapêutica, proporcional à limitação orgânica do paciente.

O procedimento é permitido no Brasil e é regulamentado através da Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina - CFM, que permite a suspensão do tratamento pelo médico, ao passo que é condicionada à vontade do paciente ou de seu representante legal (artigo 1º, *caput*), ou, ainda, da sua família.

Com a ortotanásia, busca-se o cuidar do paciente terminal e com doença grave incurável, e não o curar, em virtude de não sê-lo possível, garantindo ao enfermo a dignidade e a tranquilidade na fase final de vida (Gouvêa; Deval, 2018, p. 53), assegurando-lhe os seus direitos de assistência social, conforto psíquico, social, espiritual e físico, assim como à alta hospitalar, conforme artigo 2º da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina - CFM.

Em termos didáticos, a eutanásia é, em regra, considerada ilícita e a ortotanásia, lícita. Nas palavras de França (2021, p. 597), quanto aos pacientes com diagnóstico de morte encefálica ou em estado vegetativo, “se o indivíduo está vivo, tratá-lo. Se ele morreu, não há por que mantê-lo artificialmente ligado a aparelhos. Não há meia-vida nem meia-morte”. Nestes casos, em situações extremas, sequer há o bem jurídico “vida” a ser tutelado quando esta não se assemelha aos considerados padrões mínimos que caracterizam uma vida com dignidade (Sanches, 2025, p. 25).

#### **1.4. Distanásia**

Nos ensinamentos de Gouvêa e Deval (2018, p. 53), o prefixo grego *dis* significa afastamento ou distanciamento da morte (*thanatos*). Refere-se ao

tratamento prolongado, inútil e desnecessário em paciente com doença grave ou incurável e em estado terminal que não será capaz de curar o mal que o acomete (Souza, 2022, p. 137) ou mesmo promover-lhe a cura ou a sobrevivência.

Trata-se do oposto da ortotanásia (Souza, 2022, p. 137), que visa prolongar a vida do paciente indefinitivamente às custas de um sofrimento atroz (Gouvêa; Deval, 2018, 53) e não útil na preservação de sua dignidade. Para Gouvêa e Deval (2018, p. 53), a distanásia não é um prolongamento da vida, mas o adiamento do processo de uma morte inevitável, em virtude da vida já ter chegado ao fim.

No Brasil, a distanásia é proibida pelo Código de Ética Médica (CFM, 2009), que veda a conduta médica que vise empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas nos casos de doença incurável e terminal (artigo 41, § único).

Nestes casos, a morte acontece “em seu tempo” (França, 2021, p. 577) e prioriza-se a admissão dos pacientes com esses diagnósticos em unidades de cuidados paliativos após, em regra, a sua estadia em Unidades de Terapia Intensiva - UTI (artigo 8º, CFM, 2016).

Os que apoiam a vedação à distanásia fundamentam-se na ideia de que o objetivo da medicina não é prolongar a vida do paciente, mas aliviar a sua dor e sofrimento. Segundo Barnard (*apud* Gouvêa; Deval, 2018, p. 53), se um tratamento, mesmo que postergue a vida do enfermo, não atenua o seu sofrimento, deve ser imediatamente interrompido.

### **1.5. Mistanásia**

A mistanásia é a morte miserável, especialmente comum nos hospitais públicos, mas não limitada a estes, que decorre da falta de leitos, tratamentos ou assistência médica mínima devida ao paciente (Souza, 2022, p. 138). Segundo Souza (2022, p. 139), em complemento, se a falta de atendimento que provoca a morte for proposital, pode o profissional de saúde responder pelo crime de homicídio doloso ou omissão de socorro, nos termos dos artigos 121 e 135 do Código Penal brasileiro, respectivamente.

Nas palavras de Dreher (2018, p. 73), a mistanásia também é sinônimo de “morte social”; que, inclusive, consoma-se para além dos ambientes hospitalares. Segundo a autora, a miséria de cada dia no mundo globalizado e capitalista

geralmente têm como vítimas as pessoas que não possuem condições financeiras suficientes para viver com dignidade e, conseqüentemente, morrer de forma íntegra e humana nos casos de morte anunciada.

Tomar como comum a mistanásia é admitir a existência de diferenciação quanto ao direito à vida e à dignidade entre determinadas classes ou grupos sociais, uma realidade cruel do mundo atual (Souza, 2022, p. 138), que deve ser retalhada socialmente em virtude do dever médico de dar assistência ao paciente, independentemente das suas condições e possibilidades de pagamento, bem como do Estado para com as garantias e direitos fundamentais aos indivíduos.

### **1.6. Suicídio assistido**

O suicídio assistido é também denominado de eutanásia voluntária (França, 2021, p. 581), que consiste no ato de abreviação da vida do enfermo para cessar a sua dor e o sofrimento causado por sua patologia. Contudo, a conduta que gera o resultado morte é praticada pelo próprio portador de doença grave, terminal ou incurável, através dos meios e instrumentos fornecidos pelo profissional da saúde ou por terceiro (Souza, 2022, p. 135).

No Brasil, a conduta do terceiro pode configurar crime de induzimento, auxílio ou instigação ao suicídio ou à automutilação, nos termos do artigo 122 do Código Penal. Além disso, caso o médico seja o agente ativo, além da conduta típica, opera-se a violação de dever ético (artigo 41, CFM, 2009).

Em alguns países de primeiro mundo o suicídio assistido é permitido, mas está condicionado à uma série de pré-requisitos e acompanhamentos médicos e jurídicos, como na Holanda, na Bélgica, em Luxemburgo, no Canadá e na Suíça (Souza, 2022, p. 135).

Segundo Souza (2022, p. 135), os estrangeiros que buscam esses países para morrer são referenciados como os “turistas da morte”. É o caso do escritor e compositor brasileiro Antônio Cícero, que enquadrava-se no prognóstico dos pacientes sem possibilidade terapêutica por conviver com o Mal de Alzheimer e

buscou a Suíça para ter a sua morte assistida autorizada e consumada em 23 de outubro de 2024<sup>3</sup>.

### 1.7. Cuidados paliativos

Segundo Aisengart (*apud* Dreher, 2018, p. 84), o melhor sentido que pode ser atribuído ao verbo paliar remota à sua origem do latim *pallium*, que significa o “manto” ou a “coberta” que eram usados pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para proteção das intempéries.

Neste contexto, os cuidados paliativos importam condutas com significado de cuidar, amparar; de ser o manto que aquece e envolve o processo de morte dos pacientes terminais ou sem possibilidade terapêutica, amparando-o em sua dor, em seus medos e angústias (Dreher, 2018, p. 84). São os momentos em que “Fecha-se, assim, o prognóstico e anuncia-se a proximidade da morte” (Arantes, 2019, p. 54).

Precisamente, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002):

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Trata-se de uma forma de tratamento médico que não mais tem como objetivo a cura da enfermidade do paciente em virtude da sua impossibilidade, mas a preservação da sua qualidade de vida, em especial direcionamento para a mitigação do sofrimento em seus momentos finais de vida (Souza, 2022, p. 128), em termos físicos, emocionais, sociais e espirituais (Dreher, 2018, p. 86).

A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina dispõe sobre os cuidados paliativos e concede mais autonomia ao profissional médico para, nos casos dos doentes em fase terminal, com enfermidade grave e incurável, e ao seu pedido, suspender ou limitar os procedimentos e tratamentos inúteis e, inclusive, assegurar-lhe o direito da alta hospitalar (artigo 2º, parte final). Tudo isto não apenas para sua substituição pela assistência para o sofrimento físico ou para com os sintomas da doença que está progredindo, mas também para minimizar as sequelas

---

<sup>3</sup> Suicídio assistido: quais países permitem procedimento feito por escritor brasileiro Antônio Cícero na Suíça. BBC News Brasil, 23 de outubro de 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articulos/cz6jx3nl3x8o#:~:text=O%20escritor%20e%20compositor%20brasileiro>. Acesso em: 6 jan. 2024.

dos tratamentos agressivos que foram necessários para o controle da patologia incurável (Arantes, 2019, p. 53), mas que não obtiveram sucesso.

Conforme os ensinamentos de Souza (2022, p. 127-128), a decisão pelo cuidado paliativo é um ato de desistência da cura e aceitação da morte pelo paciente. Além disso, o direcionamento aos denominados núcleos ou unidades de cuidados paliativos garantem uma relação mais próxima e humana entre o paciente e o profissional da saúde, que passa a acompanhar o “paciente doente”, e não mais a “doença do paciente”, como comumente este é limitado durante os tratamentos ordinários e nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI.

Nos casos de alta hospitalar, há a manutenção do ambiente dos pacientes terminais para que esteja o mais próximo dos seus lares, garantindo especial conforto e atenção, ao passo que a sua família e entes queridos são encorajados a conviver com eles nos seus últimos momentos de vida (Dreher, 2018, p. 86).

Segundo Maciel, no âmbito dos cuidados paliativos, “O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento” (2008, p. 16).

Entretanto, os cuidados paliativos são também cercados de tabus devido à sua errônea associação com a eutanásia, o que por vezes mina a sua expansão e maior desenvolvimento no Brasil (Dreher, 2018, p. 89).

## **1.8. Suicídio**

Sob o prisma da autonomia individual no processo de morte, o suicídio e as suas causas são temas relevantes a serem analisados, especialmente com o intuito de distinguir os prognósticos do fim da vida dos transtornos mentais intrinsecamente associados aos atos e à ideação suicida.

Na visão de Cassorla (2017, p. 106), a discussão em torno da legalização da eutanásia, do suicídio assistido e de outros métodos que põem fim à vida, acelerando o processo de morte anunciada ou permitindo-o suceder de modo natural, evoca dilemas éticos de difícil avaliação. Noutro lado, para o autor, a conjuração de um suposto “direito ao suicídio” fora deste contexto, sob a premissa máxima do exercício do livre arbítrio humano, pode se configurar em um ato enganoso e sabotador.

Numa premissa geral, o suicídio é concebido como um ato consciente, voluntário e intencional de autodestruição da vida humana, desencadeado por diversos fatores, dentre estes psíquicos, biológicos, sociais e culturais. Apesar disto, sob o ponto de vista das ciências médicas, o suicídio é frequentemente associado à doenças psíquicas do indivíduo (Kovács, 1890, p. 73), com motivações diversas, mas com extremo grau de reincidência causal dos transtornos mentais.

Em que pese não possível esgotar o tema e defender generalidades, mesmo sob as diferentes lentes sobre as quais o fenômeno suicida pode ser abordado pela Psicologia - isto é, sob a ótica da psicanálise freudiana, da fenomenologia ou da análise comportamental do indivíduo - há semelhanças que convergem à ideia de insuportabilidade da vida humana como motivação principal (Biagi; Duarte *et al.*, 2004, p. 6). Insuportabilidade este resultado, segundo a vertente comportamental, de um histórico de vida do indivíduo, numa perspectiva de que seu comportamento atual e suas motivações são resultantes de sua vivência e do ambiente sociocultural de que faz parte e que geram um quadro clínico depressivo.

Segundo Maria Júlia Kovács (1980, p. 73), o suicídio é uma das formas de matar a depressão e o sofrimento humano. Entretanto, a avaliação do estado suicida consiste na análise preliminar para responder se o indivíduo que tirou ou tenta tirar a própria vida tinha como objetivo o resultado da morte (Cassorla, 2017, p. 24), bem como, na análise dos fundamentos que constroem a ideia de legitimação do desejo de morrer evocada pelo paciente ou pela sociedade (Kovács, 1980, p. 78), que manifesta, variavelmente, apoio, repressão e julgamento.

Sob a ótica fenomenológica, a morte para o suicida é uma alternativa para cessação da dor e do seu sofrimento em vida, precedida de estágios de angústia e solidão em suportar o peso contemporâneo da sua própria existência (Biagi; Duarte *et al.*, 2004, p. 7). Entretanto, na visão de Cassorla (2017, p. 20), o suicida não quer se matar, encerrando a sua existência terrena, mas pôr fim à uma parte de si mesmo - esta é, a dor e o sofrimento, que o integra, mas parcialmente - e, com esse fim, acaba morrendo por inteiro.

Quando a cessação da dor e do sofrimento não são causas exclusivas da ideação suicida, o fundamento do ato autodestrutivo incide em fantasias, que variam na busca por outra vida, pela reencarnação, pelo encontro com pessoas queridas, ou na autopunição, precedida de sentimento de culpa e uma necessidade de

castigo; ou um pedido de ajuda, em que visualizaram não poder ser expressa de outra forma para além do ato suicida (Cassorla, 2017 *apud* Kovács, 1980, p. 71).

Na visão de Cassorla (2017, p. 33), a ideação e consumação do ato suicida pode ter como premissa o desejo de vingança de pessoas próximas, geralmente familiares, que estão associadas ao seu contexto de angústia e sofrimento. Nesta vertente, o suicida não deseja a morte, mas a floração do sentimento de culpa nas pessoas que o fizeram sofrer, em conjunto de reflexões sobre as suas atitudes e a possibilidade de mudança de comportamento. Segundo o autor, ao definir essas motivações como o “componente agressivo” do ato suicida, este socialmente tem um efeito ricochete, que faz com que o indivíduo que tentou tirar a própria vida seja rejeitado, castigado e tenha a sua dor rejeitada (2017, p. 34).

Neste contexto psíquico, a pessoa que defende o direito à morte pode estar sob a influência de conflitos inconscientes, que, se percebidos pelos profissionais de saúde, podem ser encontradas soluções por outras vias (Cassorla, 2017, p. 106), em virtude do seu objetivo real não ser acabar com a própria vida. Noutra passo, sob o tema de prognósticos de fim da vida, pode-se conceber que a procura pelo fenómeno morte ou a sua aceitação não fundamenta-se em transtornos psíquicos do paciente, mas em circunstâncias de terminalidade, intenso grau de sofrimento e outros quadros clínicos que geram a situação de morte anunciada.

Segundo Kovács (1980, p. 78), o dilema ético consiste justamente na legitimação dos fundamentos das diferentes circunstâncias que levam o indivíduo a desejar a morte e que geram a sua aprovação ou retaliação social. A autora exemplifica os casos de idosos com doenças em estágio terminal e o jovem, sem doença física ou prognósticos de fim da vida, que também quer pôr fim a sua vida por conta de sofrimento psíquico, questionando-se se a autonomia da vontade e a liberdade seriam suficientes para legitimar o desejo da morte por este último.

Independentemente desta análise, mesmo não sendo considerado crime no ordenamento jurídico brasileiro, o suicídio ainda é interpretado como uma transgressão religiosa e social (Kovács, 1980, p. 73). Na primeira vertente, o ato suicida era concebido como uma vitória do Diabo e uma derrota do indivíduo, após ficar descrente quanto à salvação e à misericórdia divina (Cassorla, 2017, p. 37).

Hodiernamente, apesar dos tabus, há casos em que os aspirantes ao suicídio que procuram ajuda médica e psiquiátrica encontram empatia, suporte e escuta dos profissionais de saúde; mas, de modo frequente, há presença do julgamento e do

desprezo (Kovács, 1980, p. 74), o que também ocorre quanto à sociedade. Parte disso provocado por força do seu componente agressivo, da pouca frequência da abordagem existencial do tema morte durante à formação acadêmica e de vários mecanismos que impedem a percepção e consciência humana acerca da sua própria finitude (Cassorla, 2017, p. 24), que, ora geram a generalização do tema, que iguala todas as motivações que constroem o desejo à morte do paciente e alimentam, equitativamente, as ideias de repúdio e desprezo contra os seus atos e aos institutos jurídicos que tentam legitimá-las.

Tudo isto provocado, numa primeira premissa, por uma banalização dos fenômenos da vida e da morte, acompanhada de um processo de trivialização do Direito. Noutra passo, emerge-se a necessidade de revitalizar-se, que será resultado de uma ressignificação da existência humana, da sua finitude, baseadas na dignidade e autonomia em vida e em processo de morte, salvaguarda pelo Direito operante, que deve carregar consigo as máximas que justificam a sua criação e existência.

## 2. A TRIVIALIZAÇÃO DA VIDA DIGNA

### 2.1. A Vida Banal e Indigna

Muita gente diz ter medo da morte. E me espanto quando vejo como vivem: bebem além da conta, fumam além da conta, trabalham além da conta, reclamam além da conta, sofrem além da conta. E vivem de um jeito insuficiente. [...] Têm medo da morte e se apressam loucamente para encontrá-la (Arantes, 2019, p. 68).

No contexto dos prognósticos do fim da vida, a relutância social defronte o direito de morrer se fundamenta em parte no componente agressivo do suicídio, que, associado à outros variados fatores, resulta em uma retaliação não reflexiva sobre qualquer ato voluntário ou pensamento do indivíduo que deseja por fim à própria vida, independentemente da análise das suas motivações e das circunstâncias.

Espera-se, nesta perspectiva, como causa imediata ou mediata da morte um ato alheio à vontade do ser humano - uma enfermidade, um acidente ou uma conduta violenta alheia - que torne tolerável o processo de fim da vida. Enquanto que, nestas hipóteses, a fundamentação da morte é interpretada como um evento “natural” ou tecnicamente aceitável, o cenário de expressão da autonomia da vontade do paciente em escolher deixar a vida - ou simplesmente aceitar a própria morte - é considerado um evento não natural, frequentemente associado à eventual ausência de racionalidade do indivíduo.

Sob esta conjuntura, numa perspectiva filosófica e sociológica, a repulsa social à morte voluntária tem como causa um processo atual e exasperado de trivialização da vida, relativa ao modo de vivência dos indivíduos. Aquela, ora causada por atos de omissão voluntária ou involuntária, associados ao processo de alienação da dor e do sofrimento humano, fortemente enraizada nas principais vertentes teóricas e operacionais da ciência médica moderna e por força da sociedade do consumo, cujo efeito ricochete proporciona a banalização do término da existência humana.

Segundo Sofia Cristina Dreher (2018, p. 99), a banalização da vida está igualmente associada à uma falta de limites e de discernimento quanto à vivência do momento presente - do “aqui e agora” -, em que tenta-se usufruir de prazeres

imediatos e instantâneos, com relações líquidas e vazias, que se manifestam em atos de procrastinação na tomada de decisões e reflexão sobre as vicissitudes da existência humana, como a própria condução da vida e a captação das experiências oriundas da dor e do sofrimento.

Atualmente, a vida passou a ser direcionada à percepção do “ter”, através da qual o ideal de sucesso e de qualidade de vida são definidos, no aspecto interior, em habilidades físicas e psíquicas capazes de, no externo e social, gerar realizações profissionais e o acúmulo material de riquezas, sem medições de consequências. O personagem *Pahom*, na ânsia de possuir mais terras, realiza um acordo com um grupo de colonos em um distrito rural fictício ambientado na Rússia tolstoiana: de que pode obter toda terra que conseguir percorrer a pé, em um único dia, desde que volte ao ponto de partida antes do sol se pôr (Tolstoi, 2021, p. 83).

Com o objetivo em mente, *Pahom*, que era um homem não ganancioso e realizado com uma vida simples, na busca desenfreada por uma quantidade ilimitada de terra, acaba morrendo de cansaço, demonstrando que o excesso na ânsia em ter mais não será capaz de proporcionar a satisfação pela suficiência. Os colonos, que demonstraram pena pelo homem que jazia morto no chão de terra, respondem o dilema que deu origem ao título da obra tolstoiana *De quanta terra precisa o homem*: “Um metro e oitenta, da cabeça aos pés, era o que bastava” (Tolstoi, 2021, p. 93) para cavar a sua sepultura.

Na visão de Ana Cláudia Arantes (2019, p. 84), os seres humanos têm a tendência a pensar que são eternos e, por conseguinte, não refletem sobre a morte e o seu processo. Isto, num primeiro momento, ao omitir-se das consequências futuras das suas condutas e escolhas auto alienantes na vida presente: “bebem além da conta, fumam além da conta, trabalham além da conta, reclamam além da conta, sofrem além da conta” (Arantes, 2019, p. 68) e tudo isso para viver de modo insuficiente.

Por conseguinte, a morte é concebida como um tabu, cujo alicerce é a crença de que deixar de pensar ou de discorrer sobre este fenômeno o afasta (Gouvêa; Deval, 2018, p. 52); quando, na verdade, tornam um evento cada vez mais próximo, em que pese previsível. Configurado o tabu, engendra-se a ojeriza pelo processo de morte voluntária nas situações de prognósticos do fim da vida, com o fundamento de que melhor seria fugir da morte à qualquer custo e alienar-se no sofrimento com a

manutenção artificial de vida com aparelhos e tratamento agressivos que não geram o efeito da cura ou a sobrevivência.

O que fundamenta, por sua vez, a referida ojeriza não é uma ideia inesperada ou surpresa. Afinal, aqueles que se alienam e fogem da morte com suas omissões em vida esperam que todos os demais também sejam alienados e fujam da dor, do sofrimento e da morte. Segundo os ensinamentos de Elisabeth Kubler-Ross acerca dos estágios que antecedem as mortes dos pacientes terminais (*apud* Dreher, 2018, p. 84), a aceitação marca o fim desta progressão, um estado de silêncio e presença que reconhece a finitude da vida e da própria condição humana.

De certo, o ato de não conversar, interna ou externamente, acerca da morte e na sua preparação resulta, para o paciente, em um desespero nos casos de morte anunciada, que o faz oscilar entre os demais estágios que precedem o fim da vida: a negação do diagnóstico, a raiva e a depressão, com sentimento de perdas passadas e as iminentes (Dreher, 2018, p. 84). É a perda do que não foi vivido, por não ter priorizado as próprias escolhas, por não ter expressado e demonstrado os seus sentimentos, sejam estes bons ou ruins (Arantes, 2019, p. 148).

É a consciência da finitude do tempo de forma tardia em que espera-se do prolongamento da vida própria ou alheia uma redenção para com aquilo que não se viveu, reduzindo a concepção de vida à quantidade de tempo vivido. Sêneca (2019, p. 2) aborda a hipocrisia do ser humano acerca da proteção das riquezas e a maneira de condução de vida. Embora as pessoas sejam cautelosas em preservar seu patrimônio e se mostrem prontas a lutar por isso, permitem que outros se intrometam em suas vidas pessoais e desperdiçam o tempo que detém de forma generosa, quando seria a única situação em que deveriam ser mais avarentas:

Não se suporta que as propriedades sejam invadidas por ninguém, e, se houver uma pequena discórdia quanto à medida de seus limites, os homens recorrem a pedras e armas; [...] São avaros em preservar seu patrimônio, enquanto, quando se trata de desperdiçar o tempo, são muito pródigos com relação à única coisa em que a avareza é justificada (Sêneca, 2019, p. 2).

Com efeito, nas situações de morte anunciada, são aqueles que defendem que a vida é sempre breve e nunca suficientemente longa por não ter perseguido nenhum destino fixo e motivação de vida. Na visão do autor, a vida é finita e não é curto o tempo que se tem, mas dele muito arbitrariamente se perde: “quando ela [a

vida] se esvai no luxo e na indiferença, quando não a empregamos em nada de bom, então, finalmente constrangidos pela fatalidade, sentimos que ela já passou por nós sem que tivéssemos percebido” (Sêneca, 2019, p. 1).

Infelizmente, neste contexto, muitos pacientes desfalecem ainda no primeiro estágio que precede à morte anunciada, no momento de negação da terminalidade da vida e, inclusive, a existência da sua doença, quando procuram outros médicos e profissionais de saúde para desmentir ou mudar o seu diagnóstico (Dreher, 2018, p. 84), ao mesmo tempo em há a tentativa de fazer aquilo que não fazia e o que desejava fazer quando em estado normal de saúde, para assim se redimir e buscar a cura. Quando esta não ocorre, segundo Arantes (2019, p. 143), o arrependimento frequente da forma como era levada a vida nos momentos de anúncio da proximidade do fim é “Uma dor que nenhuma morfina pode aplacar”.

No ensinamento de Dreher (2018, p. 79), as pesquisas e os procedimentos médicos atuais foram norteados pela concepção desenvolvida por Christopher Boorse acerca da saúde, que foi definida como a ausência de doença. Com efeito, tem-se uma conduta médica direcionada a um duelo contra a enfermidade e, por conseguinte, contra a morte do paciente. Neste contexto, a derrota para a doença passou a ser considerada uma falha médica, que se expressa no sentimento de fracasso e impotência por parte dos profissionais de saúde e da ciência.

Sob esta ótica, verifica-se que os principais críticos da antecipação voluntária da morte argumentam que a medicina é sempre direcionada para salvar vidas, e não para findá-las (Souza, 2024, p. 129); logo, a prática da eutanásia seria moralmente inaceitável, enquanto que o suicídio assistido, um ato de impotência e covardia daquele que tenta praticá-lo.

Esta vertente resulta no enfoque em demasia às pesquisas científicas, que não se direciona para a perspectiva do paciente, mas na objetividade da doença, que o reduz à números e à sua patologia (Dreher, 2018, p. 77). Neste quadro, França (2021, p. 577) defende que na sociedade do consumo a dor passou a ser de ordem técnica e não mais relacionada às reações pessoais dos indivíduos. Logo, as suas causas não são psíquicas, mas meramente técnicas: uma legislação injusta, uma carência social e econômica ou a tecnologia médica ainda não desenvolvida. Além disso, nesta conjuntura, a experiência da dor e do sofrimento humano não são analisadas na perspectiva do indivíduo que os sente, mas de forma banalizada e

objetiva, que pode ser tratada por uma terapia simples e forçadamente padronizada (França, 2021, p. 591).

Como pontua França (2021, p. 591), a dor e o sofrimento não eram objeto de tratamento clínico imediato, mas antes um instrumento a serviço do diagnóstico que guiava o médico a descobrir qual a harmonia fisiológica perdida. Em outras palavras, o interesse imediato do tratamento médico não era tratar a dor, mas de ser uma orientação da evolução da doença. Entretanto, o que atualmente se tem feito é medicalizar o sofrimento, passando a conceber como sinônimo de progresso social a sua ausência, que é reflexo da angústia da sociedade dos dias de hoje.

Numa análise recreativa, Steven Pressfield (2021, p. 58), sobre o processo de automedicação nos quadros de ansiedade, depressão, transtornos de déficit de atenção e outras patologias de ordem psíquica, que denotam a alarmante dependência farmacológica da sociedade, relata a fala de um redator de uma agência de *marketing* famosa em Nova Iorque: “Inventem uma nova doença que inventamos a cura”. Como ensinado por França (2021, p. 591):

Existe um fenômeno coletivo, comum às comunidades angustiadas: fazer do normal uma coisa rara. Um desequilíbrio fisiológico antigamente considerado como natural é hoje coletivamente medicalizado pela fácil oferta dos que podem dispor de um remédio moderno e ativo. Os meios de divulgação não se cansam de impor à população uma sintomatologia-tipo, facilmente tratada e prontamente curada. Entre elas, a mais comum é a dor.

Na tentativa de minimizar o sofrimento para o eventual alcance da felicidade, a sociedade de consumo passa a ter uma tendência de fabricar remédios para variados males, desde o tédio à insatisfação, bem como para a dor e para a velhice (França, 2021, p. 592). Enquanto se foge desta última com a diversidade de procedimentos estéticos para minimizar as modificações ocorridas pelo transcurso do tempo, há igualmente a idealização pela fuga da morte, que mascara objetivos direcionados ao lucro que desmerece a condição humana do paciente.

Destarte, no aspecto do Biopoder, oriundo das relações entre os profissionais de saúde e as indústrias e farmacêuticas, os tratamentos médicos e farmacológicos exprimem um afã por lucro em detrimento da saúde e bem estar do enfermo; que, no contexto de prolongamento terapêutico nos prognósticos do fim da vida, expande-se a lucratividade até o seu último momento (Dreher, 2018, p. 83), desconsiderando a percepção subjetiva do indivíduo acerca da dor e do fenômeno da morte. Entretanto,

segundo França (2021, p. 592), o ato de “simplesmente medicalizar a dor é correr o risco de perder sua face essencial e deixá-la de ter como referencial”, o que denota a perda da sensibilidade e consciência humana.

Para Arantes (2019, p. 84), os indivíduos que temem e não refletem sobre a morte são como crianças brincando de esconde-esconde numa sala vazia, sem quaisquer esconderijos, tapando com as mãos os olhos e, com isto, acreditando que ninguém as verá. Segundo a autora, este cenário é o mesmo hábito humano de não querer olhar para os próprios “lixos” da vida atualmente vivida, em que se oculta a existência dos dilemas humanos e a consciência acerca do fenômeno de causa e efeito entrelaçado entre o modo de vida conduzido e as suas consequências psíquicas, sociais e fisiológicas ao seu detentor. Entretanto, são aspectos vívidos que trazem incômodos, doenças e demais resultados; merecendo serem vistos e, o seu descarte, considerado (Arantes, 2019, p. 84).

Por todo o contexto, entende-se que morrer com dignidade consiste em viver com dignidade. Porque quando confronta-se com a morte, reflete-se sobre a vida, tornando ambos os processos mais dignos, com maior autonomia e responsabilidade (Dreher, 2018, p. 94).

## **2.2. O Abstracionismo da (In)Dignidade**

Dá-se atualmente um diagnóstico de anemia ao conceito de dignidade da pessoa humana, que permeia todos os seus discursos e enfraquece o seu conteúdo. Em analogia à conceituação de Ética para José Renato Nalini (2009, p. 16), a dignidade humana passou a ser fundamentada para servir a fins diversos e variados que nem sempre são compatíveis com o seu núcleo conceitual. Com efeito, a sua utilização indiscriminada e o excesso de cargas emocionais nos discursos tornam banal o seu conteúdo, fazendo com que, assim como a ética, a dignidade humana adentre no campo da relatividade que torna difícil ou impossível a sua determinação.

Prevista no ordenamento pátrio como fundamento da República Federativa do Brasil (artigo 1º, III, Constituição Federal de 1988), a dignidade da pessoa humana é concebida como um axiológico dos direitos fundamentais que justificam a razão de ser dos sistemas de proteção aos direitos em âmbito nacional e internacional (Martel, 2010, p. 147), especialmente ao direito à vida (artigo 5º, *caput*, Constituição

Federal de 1988), através do qual garante-se o exercício da dignidade humana (Martins, 2025, p. 678).

Apesar disto, um dos maiores desafios do Direito Constitucional é identificar e delimitar a amplitude deste conceito, que está sendo utilizado discriminatoriamente para defender quaisquer temas relacionados aos direitos fundamentais (Martins, 2025, p. 23-1). Nas palavras de José de Melo Alexandrino, por ser em demasia abstrata a aceção, parece ser aquelas ideias que quanto mais despende-se esforços para clareá-la pelo investigador, mais tem-se a impressão de obscurecê-la (*apud* Gouvêa; Deval, 2018, p. 55).

Para Letícia Martel (2010, p. 147), a expressão dignidade humana mantém-se recheada de paradoxos e indeterminações. Em referência à obra “*Dignity is a useless concept*”, de Ruth Macklin, a autora presta denúncia ao uso ambivalente e indefinido da locução, que se reduz a um mero *slogan* dentro dos problemas práticos que circundam a morte com intervenção e outros dilemas bioéticos (Martel, 2010, p. 150), o que evidencia uma suposta inutilidade conceitual.

Dentre os mais radicais, há aqueles que sequer reconhecem a existência da dignidade humana. Lévi-Strauss a considerava um mito com o fundamento de que os eventos da Segunda Guerra Mundial comprovaram que o ser humano sequer seria superior aos animais (Gouvêa; Deval, 2018, p. 54). Além disso, o conflito mundial de 1939-1945 desencadeou um processo de limitação e intolerância à discussão acerca da morte voluntária em virtude de sua frequente associação à experiência eugênia do Estado Nazista (Gouvêa; Deval, 2018, p. 52).

Apesar destas controvérsias, é certo que a adoção de posições distanciadas da dignidade humana pelo ordenamento jurídico brasileiro reforçam a ideia do seu abstracionismo e, inclusive, de uma aparente inutilidade conceitual (Martel, 2010, p. 151). A bem da verdade, variadas são as teses antagônicas entre si utilizadas pelos Tribunais Superiores que igualmente fundamentam-se na dignidade, como nas pautas sobre a legalização do aborto, em que a integridade da pessoa gestante confronta com a dignidade da pessoa embrionária (Martins, 2025, p. 23-1).

Acerca da discriminação do aborto no caso de fetos anencéfalos, em sede de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF, decidiu o Supremo Tribunal Federal - STF que:

de um lado, os interesses legítimos da mulher em ver respeitada sua dignidade e, de outro, os de parte da sociedade que desejasse proteger todos os que a integrariam, independentemente da condição física ou viabilidade de sobrevivência. Sublinhou que o tema envolveria a dignidade humana, o usufruto da vida, a liberdade, a autodeterminação, a saúde e o reconhecimento pleno de direitos individuais, especificamente, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (STF – Pleno – ADPF 54/DF, rel. Min. Marco Aurélio, decisão: 11 e 12-4-2012, Informativo STF n. 661).

Mesmo sendo vencido o voto, o Ministro Cezar Peluso se posicionou contra a descriminalização do aborto anencéfalo, com a justificativa de que a sua legalização poderia desencadear pedidos de aborto em situações de malformações ou prognósticos de vida limitada do feto. Além disso, defendeu que o feto anencefálico possui vida e, com efeito, dignidade. Nas suas palavras:

Sustento, agora, que todos os fetos anencéfalos – a menos que, como tais, já estejam mortos, como parecem sugerir-lhes os partidários do abortamento – são inequivocamente dotados dessa capacidade de movimento autógeno, vinculada ao processo contínuo da vida e regida pela lei natural que lhe é imanente. Sintetizou-o, de forma didática, em raciocínio guiado de lógica irresponsável, LENISE MARTINS GARCIA: ‘o anencéfalo morre, e ele só pode morrer porque ele está vivo. Se ele não estivesse vivo, ele não poderia morrer’ (STF – Pleno – ADPF 54/DF, rel. Min. Marco Aurélio, decisão: 11 e 12-4-2012, Informativo STF n. 661).

Episódios estes evidenciados nas pautas acerca de outros dilemas bioéticos postos à atividade jurisdicional do Estado, como nos casos de transfusão de sangue e a religião conhecida como “Testemunhas de Jeová”, em que são confrontados os direitos fundamentais de liberdade de consciência e crença e o direito à vida (Martins, 2025, p. 692).

Procedendo de maneira análoga, o tema a morte com intervenção através do suicídio assistido ou eutanásia encontra fortes entraves pautados, recíproca e paradoxalmente, na dignidade humana. Enquanto que seus apoiadores creem que sua proibição fere a dignidade do indivíduo; do outro lado, aqueles que a refutam, defendem que a morte voluntária maltrata este fundamento (Martel, 2010, p. 148), o que torna os debates acerca da legalização um confronto de teses que se anulam e reforçam a ideia de abstracionismo do conceito.

Para Luís Roberto Barroso, o conceito jurídico de dignidade é um “conceito espelho”, através do qual cada intérprete projeta os seus próprios valores (*apud* Martins, 2025, p. 24-27). Em consequência disso, o discurso passa a ser mais

egocêntrico do que interindividual, em que mais vale reforçar as próprias crenças do que enxergar a limitação humana e a percepção do indivíduo que encontra-se em situação de vulnerabilidade, especialmente acerca da sua percepção subjetiva da suportabilidade da dor e do sofrimento, bem como da sua compreensão da vida e do processo de morte.

Nesta perspectiva, a utilização arbitrária da acepção de dignidade humana no âmbito jurisprudencial iguala-se às contas matemáticas. Analogamente, assim como somar números de polos contrários de igual medida, tais quais o “mais um” e o “menos um”, as decisões judiciais e discursos fundamentados em dignidade que apoiam a morte voluntária aparentemente reverberam um avanço e conquistas que, na realidade, quando em confronto com decisões e entendimento distintos e com o mesmo fundamento, tem como efeito o resultado previsível (e lógico) zero.

No mesmo sentido, quando não há uma determinação expressa da dignidade humana, traçada em termos de vivência, liberdade e autonomia da vontade, todas as demais decisões e pronunciamentos que reforçam quaisquer um dos lados opostos são como “acréscimos” de zeros à esquerda numa sequência numérica. Isto é, é possível impressionar-se que a montante aumenta e se auto fortalece, independentemente do seu polo, quando na realidade reduz-se a um campo vasto e abstrato incapaz de se manifestar de forma concreta e coerente.

Em que pese os paradoxos no mundo jurídico, é sólido o entendimento de que há uma dimensão material da dignidade humana, que está correlaciona à ideia de condições materiais mínimas para a existência (Martel, 2010, p. 152) que garantam um nível adequado à condição humana em termos de alimentação, vestuário, assistências médica e odontológica, educação, lazer (Moraes, 2021, p. 88), assim como serviços de transporte, moradia, seguridade social e outros elementos (Martel, 2010, p. 151).

Em adição, verifica-se que a maior parte da doutrina nacional e internacional considera a dignidade da pessoa humana um princípio absoluto por forte influência do pensamento de Immanuel Kant (Martins, 2025, p. 24-27) e o seu conceito deontológico do imperativo categórico e seu ideal de incondicionalidade e transcendentalidade.

Destarte, sob a acepção filosófica do conceito, é sustentado que a dignidade humana é um valor inalienável e irrenunciável - que atribui ao homem qualidades como a racionalidade, a liberdade e a autonomia (Gouvêa; Deval, 2018, p. 54) - por

dever ser transcendente às circunstâncias fáticas que possam limitar a sua existência e condicionar as ações humanas às consequências delas derivadas.

Entretanto, o ideal irrenunciável do conceito confronta com a sua realidade incoerente no campo da matéria. Para Martins (2025, p. 24-27), na hipótese de ser verdadeiramente um princípio absoluto, pelo menos metade da população carcerária deveria ser solta em virtude da situação degradante dos presídios brasileiros, ao passo que também não haveria pessoas em situação de rua.

Em consonância, quando se trata do tema da mistanásia, Martins a qualifica como uma violação de natureza estatal ao direito à vida, de forma direta e indireta, ao permitir os elevados índices de pobreza, violência, tráfico de drogas e ausência de condições mínimas de vivência digna que integram a acepção material desse fundamento da República (Martins, 2025, p. 688).

Sob a perspectiva abordada acerca do suicídio no subcapítulo 1.8. deste trabalho - de que o ato de morrer representa uma via para interromper a dor e o sofrimento durante a vida - não causa estranheza ao expectador o conhecimento do elevado índice suicida da população residente no Brasil. Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (2024), aproximadamente 96,8% ("noventa e seis vírgula oito por cento") dos casos de suicídio estão relacionados à transtornos mentais, estando em primeiro lugar a depressão; em segundo o transtorno bipolar e, em terceiro, o abuso de substâncias.

Sob a abordagem dos direitos sociais, a sua não promoção pelo ente Estatal, associada a demais fatores psíquicos do sujeito, exaspera a condição de insuportabilidade da vida humana que desencadeia o quadro clínico depressivo do futuro suicida. Noutro lado, quando manifestado no ideal violento, a falta de investimento infraestrutural na sociedade contribui para o aumento de violência e índices de homicídios no Brasil, como apontam Aline Rosa Fernandes e Carlos Roberto Batista (2021, p. 100).

Segundo os autores (2021, p. 113), a ausência de promoção do direito à educação é diretamente proporcional à queda de qualidade de vida em sociedade, que agrava o cenário da violência e ameaça o bem-estar das futuras gerações. De modo previsível, constatou-se que os elevados índices de violência incidem de forma mais frequente e intensa em regiões de vulnerabilidade social, caracterizadas pela pobreza e baixo desenvolvimento humano.

Neste cenário, longe da harmonia está a base teórica que fundamenta o caráter absoluto da dignidade humana com a realidade social vigente. Situação esta inserida no contexto do tráfego repetitivo de informações midiáticas acerca do caráter frequente dos suicídios e da violência social, que trazem como efeito a crença da população de que a situação de miserabilidade e crueldade fazem parte do dia a dia dos brasileiros (Fernandes; Batista, 2021, p. 100).

Destarte, reitera-se o entendimento de Souza (2022, p. 138) de que a banalização da morte cruel e miserável deve ser abominada; pois, no contrário, admitir-se-á a discriminação quanto ao direito à vida e à dignidade entre determinadas classes ou grupos sociais. Nesta hipótese, poder-se-ia defender ambos aspectos da natureza jurídica da dignidade: relativa para uns e absoluta para outros, cujo critério não seria um valor transcendente de ordem metafísica ou ideal, mas um valor concreto (financeira e humanamente frívolo).

Conquanto todo o exposto, a eventual abstração e a intangibilidade do conceito não é um argumento capaz de tirar a sua eficácia, mas por causa desses atuais atributos que emerge a necessidade de tratá-la de forma mais objetiva e autônoma (Martins, 2025, p. 24-8). Num primeiro passo, para este objetivo, a expressão deve ser inserida fora do movimento positivista. Segundo Dworkin (*apud* Martins, 2025, p. 679), o método de justiça será mais fiel à complexidade e sofisticação das condutas humanas atuais quando se afastar-se deste movimento.

Numa segunda etapa, aproximar-se-á do pós-positivismo, que evoca ao direito a filosofia moral e política (Gouvêa; Deval, 2018, p. 54) e que se demonstra mais adequado para a análise dos dilemas éticos que circundam o tema da morte voluntária defronte os prognósticos do fim da vida. Afinal, é preciso buscar um equilíbrio entre a ciência e a dignidade humana; é preciso mais do que a técnica; é preciso o toque, o diálogo e a companhia e cuidado humanos para aqueles inseridos em tais circunstâncias (Dreher, 2018, p. 100).

Segundo Aisengart (*apud* Dreher, 2018, p. 91), o processo de morte pode ser personalizado e individualizado pelo paciente. Nesta conjuntura, conceitos como “boa morte” e de “dignidade” por vezes são distintos para os médicos e pacientes de modo que a singularidade e a posição social deste último devem ser consideradas, como o gênero, a classe social, o nível educacional, a etnia e entre outros elementos, à luz das desigualdades sociais vigentes.

Noutro aspecto, apesar dos discursos que circundam os debates sobre a dignidade a venda com a qualidade de ser auto evidente (Martel, 2010, p. 150), traços objetivos podem conceituá-la e mensurá-la, como no seu aspecto material e dever de promoção estatal. Além deste, propõe Jorge Reis Novais (*apud* Martins, 2025, p. 24-13) que haja a “delimitação negativa” do conceito, através da qual não se busque apurar todos os seus atributos, mas as situações que constituem violação a esse fundamento.

Seriam estas as hipóteses de abandono à oferta de condições mínimas para que o indivíduo resolva as suas capacidades de se realizar humanamente, bem como na sua sujeição involuntária ou voluntária para condições de ausência de capacidade e possibilidade de autodeterminação (Martins, 2025, p. 24-17). Em outros termos, a dignidade humana não é promovida pelos variados processos internos e sociais que exasperam o fenómeno da banalização da vida presente com a omissão da eventualidade e certeza da morte; ou a alienação da dor e do sofrimento humano, especialmente no contexto da sociedade de consumo.

Por fim, a dignidade deve estar voltada à perspectiva do indivíduo, com a materialização da sua autonomia e liberdade de modo a realizar-se na própria vida (Martins, 2025, p. 24-15) e, por conseguinte, na própria morte.

### 3. A BANALIZAÇÃO DA MORTE

#### 3.1. A Morte Banal e Indigna:

Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia (Camus, 2019, p. 14).

No paradoxo entre o esplendor e a obscuridade em viver, a vida e a morte são polaridades intrínsecas da existência humana. À luz dos ensinamentos de Dreher (2018, p. 99), o contexto em que a vida se torna banal e sem importância revela, em essência, que a própria morte também perdeu seu valor. O decesso humano tornou-se igualmente trivial e escamoteado.

Em sua brilhante obra sobre o suicídio, Cassorla (2017, p. 18) faz uma analogia entre a sociedade e o indivíduo, que passam naturalmente pelos processos de vida e de morte. Numa análise histórica, é verificada a existência de componentes autodestrutivos, em termos de sociedade, através de atos deliberados de desconstrução e destruição de si mesma; bem como sob o aspecto individual, por meio de condutas praticadas pelo indivíduo contra sua própria existência (Cassorla, 2017, p. 18).

Considerado como o pai da psicanálise, Sigmund Freud acreditava que a psique humana é dotada de dois instintos básicos, que impulsionam a conduta e a existência humanas, o *Eros* e o *Tanatos*. As pulsões de vida e de morte, nessa ordem. Enquanto que a primeira representa os instintos de vida e autoconservação, a segunda se direciona e simboliza os instintos de morte e agressão, voltada à destruição de vínculos e da vida (*apud* Senna *et al.*, 2004, p. 3).

Nesta premissa, o psicanalista explica que há uma tendência natural humana à agressividade (Carvalho, 2025) - uma espécie de "força" ou "energia mental" voltada à destruição - e que explica, historicamente, as guerras e as barbáries humanas e, atualmente, os elevados índices de violência na sociedade e o alto grau de morbidez presenciado no cotidiano da vida na contemporaneidade, em especial os índices suicidas.

Sob esta premissa, vários são os bodes expiatórios utilizados para expressão de autodestruição humana, ao longo da história e hodiernamente, como os judeus, os comunistas, os negros, os nordestinos, a comunidade LGBTQIA+ e entre outros

grupos minoritários (Cassorla, 2017, p. 22), alvos de prática de extermínio vital e mesmo socio-cultural para promoção de uma eventual “reforma civilizatória” ou “purificação social”, que reforça um ideal de valores compartilhados e considerados “corretos” de uma maioria defronte minorias sociais.

Em razão do ideal eugênico que caracterizou o Regime Nazista e que buscou justificar as práticas de extermínio dos judeus e de outros grupos considerados “indesejáveis” ou “inimigos” do Estado Alemão, o termo eutanásia sofreu uma significativa deturpação, passando a ser intrinsecamente ligado às atrocidades daquele período e, por conseguinte, à uma acepção pejorativa, que em parte justifica a ojeriza social ao tema da morte voluntária.

A espécie atualmente denominada “eugênica” ou “selecionadora” da eutanásia tem como motivação um suposto melhoramento da espécie humana para que determinadas “mazelas” que acometiam as pessoas com deformidade ou doenças contagiosas e incuráveis não se propagasse para o restante da sociedade (Carvalho; Saldanha; Munekata, 2016, p. 6).

Entretanto, defende Carvalho, Saldanha e Munekata (2016, p. 6) que a espécie eugênica sequer deveria ser caracterizada como eutanásia, isto em virtude da ausência de motivação altruística intrinsecamente ligada à prática, mormente ao fato da vítima não padecer de um mal incurável em um contexto de agonia letal ou cruel que a aproxime da morte, que entra em confronto com o ideal eutanásico que busca o alívio da dor e do sofrimento inerentes à sua condição patológica e ao tratamento em que o indivíduo encontra-se submetido.

No mesmo sentido, é o que pode-se concluir da eutanásia “econômica”, cuja prática fundamenta-se no extermínio de pessoas consideradas “economicamente inúteis” à sociedade, como os doentes mentais, os loucos, os inválidos e os anciões (Carvalho, Saldanha e Munekata, 2016, p. 6) e, no contexto médico-hospitalar, com o fito de aliviar os gastos com a manutenção dos tratamento dos pacientes considerados com a mesmo desprestígio social.

Enquanto que na sociedade oriental honram-se os mais “velhos” pelo acúmulo de experiências ao longo da vida, buscando o Estado proporcionar uma segurança social e econômica merecida pelos esforços empreendidos para sociedade, no Ocidente, há um isolamento desses grupos, pois seus ensinamentos são vistos como antiquados e incompatíveis com os avanços tecnológicos do mundo contemporâneo (Dreher, 2018, p. 17).

Os idosos, após anos contribuindo para com a sociedade, mendigam o seu pão sob a forma de aposentadoria, ansiando pela morte como um escape para a monotonia de suas vidas (Livraga, 2010, p. 20), sendo ao mesmo tempo escamoteados por não mais possuírem o mesmo ritmo, saúde e desenvoltura com os padrões exigidos pela sociedade da pressa (e do cansaço) e os seus ideais de imortalidade e juventude eterna.

Enquanto que, no contexto de prognóstico do fim da vida, aqueles com capacidade financeira permanecem nos leitos e sob tratamento médico - quando nos casos de irreversibilidade do quadro clínico e maior maiores malefícios do que benefícios à sua saúde - são mantidos por ser fonte potencial de arrecadação, aqueles com vulnerabilidade econômica e clínicas são desamparados até a morte ou mesmo ativamente lançados para ela.

Carvalho, Saldanha e Munekata (2016, p. 8) suscitam o caso da Médica Virgínia Helena Soares e Sousa, que foi acusada de praticar “eutanásia” em UTI’s no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, em 2013. Segundo as investigações, a médica estaria aplicando doses de remédios que provocavam a morte dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, preferindo a entrada e permanência nas unidades de terapia daqueles que tinham plano de saúde privado.

Na mídia nacional e internacional o caso foi tendenciosamente referenciado como “eutanásia” com o propósito sensacionalista de captar a atenção do espectador. Entretanto, na concepção dos autores (2016, p. 9), a conduta típica trata-se de homicídio duplamente qualificado (artigo 121, §2º, I e IV, Código Penal) por motivo torpe - a liberação de leitos para pacientes com planos de saúde - e por não ter havido chances de defesa das vítimas. Estas, inclusive, não tinham diagnóstico de estado terminal ou doença irreversível ou mesmo o desejo de morrer.

Na visão de Cassorla (2017, p. 23), o homem atual tem um “potencial mortífero”, que se expressa na produção de armas capazes de exterminar a humanidade dezenas de vezes, sendo que, na prática, bastaria exterminar uma só. Noutra vertente, manifesta-se com a banalização e a ocultação da morte universal, a morte que ocorre todos os dias, que não impacta os demais indivíduos, com ausência de aproximação, confrontação (Dreher, 2018, p. 99) e, inclusive, empatia.

São as mortes causadas pelo descaso, pela deterioração da angústia do indivíduo, por não ter acesso aos tratamentos para suas mazelas fisiológicas e psíquicas e aporte da figura estatal e da sociedade. É a morte cuja conduta homicida

é qualificada como eutanásia “involuntária” ou “não voluntária” mediante a ausência de desejo autônomo do indivíduo de encurtar a vida ou o desrepeito à vontade.

Batista e Schramm (2005, p. 113) esclarecem que, quanto ao consentimento do indivíduo, a eutanásia “involuntária” opera-se contra o seu consentimento, enquanto que a espécie “não voluntária” sequer há o conhecimento pelo agente ativo acerca da vontade do paciente em permanecer vivo ou buscar a morte.

Enquanto que, moralmente, há justificativas para a eutanásia voluntária em situação de prognóstico de fim da vida e morte anunciada, como pretende-se defender no presente trabalho, não há - ou mesmo deve haver - argumento moral para a eutanásia involuntária (Batista; Schramm, 2005, p. 114), devido à forte contradição e desrepeito à autonomia e dignidade humana do paciente.

Isto, sem mencionar que a mesma opera-se para além das fronteiras médico-hospitalares para atingir os principais bodes expiatórios dos detentores de poder social como manifestação da pulsão auto destrutiva humana. Não obstante, a involuntariedade da morte alheia é frequentemente incentivada, ao tornar-se banal e “domesticada” (Dreher, 2018, p. 14).

Isto é, aquela que opera-se longe dos olhares da sociedade. Nos hospitais, quando o corpo passa a ser controlado por aparelhos e o indivíduo não tem voz e consciência desse processo; fora deles, quando as mortes passam a ser somente números a ser computado pelo Estado - decorrentes da violência urbana e das chacinas, do suicídio, das guerras, da fome, da pobreza e sua interrelação com a negligência e os maus-tratos institucionais. Logo, passa-se a ser um fenômeno rotineiro e computado (Dreher, 2018, p. 10-11).

Noutro lado, a pulsão psicanalítica por morte se manifesta na individualidade por meio de atos autodestrutivos, em especial as práticas suicidas. Segundo Pissini (*apud* Kovács, 2013, p. 70), o fenômeno suicida é um holocausto silencioso que mata mais seres humanos do que as guerras e dos desastres naturais.

Segundo Alexandre Carvalho (2025), a pulsão de morte na esfera individual atualmente é uma revolta defronte às circunstâncias do cotidiano. É o desejo do retorno a um estado de corpo e de mente sem ansiedade ou pressões psicológicas e sociais; sem atritos, sem prazos, sem reclamações ou demandas intermináveis. Isto porque, conforme o autor, há mais motivos para a infelicidade do que para felicidade na sociedade moderna.

Infelicidade tal qual evidente que o indivíduo desiste de buscar uma felicidade utópica e passa a se concentrar na redução do sofrimento através da neurose, da intoxicação e da psicose (Carvalho, 2025), em adição à tendência atual à morbidez e ao ideal de felicidade irreal e intangível utilizado para maquiá-la.

Ideal aquele que reduz a vida à quantidade de tempo vivido sem levar em consideração as condições sob as quais se vive e atribui a uma pessoa alheia - um indivíduo social ou o Estado - a função de determinar os rumos e os valores da vida daqueles que se encontram em situação de terminalidade. Um reflexo, contudo, não do impulso de vida, voltado à conservação e empatia, mas da pulsão por morte, manifestada pelo prolongamento da dor e do sofrimento; logicamente, alheio.

Neste contexto, enquanto que a ojeriza ao tema da morte assista fundamenta-se em parte na deturpação do conceito de eutanásia, a eventual ausência de lugar de fala dos críticos exaspera a incompreensão social do ideal altruístico e humanístico do procedimento - não aqui sob a perspectiva da conduta homicida, mas a de permitir a autodeterminação humana. Isto é, para aqueles que não acompanharam um paciente agonizando, que não tiveram vivências, é fácil tecer comentários contrários ao processo de morrer com dignidade. Entretanto, tais comentários são teóricos e tecnicamente possíveis de erros (Dreher, 2018, p. 100).

Equívoco expresso nas recorrentes comparações entre o suicídio e o suicídio assistido. Enquanto que o primeiro visa matar a depressão e o sofrimento humano em razão de transtornos psíquicos do indivíduo e fatores associados ao seu ambiente sociocultural, o segundo fundamenta-se na insuportabilidade da dor como efeito do seu quadro clínico e dos procedimentos terapêuticos em situação de irreversibilidade da saúde.

Nesta conjuntura, para que o indivíduo ponha fim à própria vida, é necessário anteriormente tratar-se a si mesmo como um objeto, sobre o qual é capaz de dirigir a sua conduta homicida (Senna *et al.*, 2004, p. 4). Num primeiro passo, dá-se em encontro com a própria dignidade humana e a impossibilidade de igualar-se à coisas e objetos, sob a perspectiva do indivíduo que pratica tal conduta, de um lado; e, de outro, da sociedade que exaspera essa processo nos casos de ação e omissão.

Isto é, ativamente, através da mistanásia, da eutanásia econômica e de outras condutas de extermínio humano e, de forma passiva, da ausência de promoção de condições mínimas pressupostas do exercício de dignidade e do desamparo nas

situações de transtorno mental que resultam no suicídio, bem como nas situações de morte anunciada na promoção de melhores condições ao enfermo.

Atualmente, as pessoas nascem e morrem em leitos hospitalares rodeados de máquinas, mas não de pessoas (Dreher, 2018, p. 12), o que torna os processos de início e finalização da vida apáticos e coisificados. Entretanto, as coisas têm preço, mas o ser humano, em sua singular natureza, tem dignidade (Barroso, 2010, p. 18).

Segundo Schramm (*apud* Kovács, 2013, p. 70), a banalização da morte exaspera-se com o processo clínico em que busca salvar vidas a todo custo, mas sem a disponibilidade para refletir o desejo de morrer do paciente. E, quando opera-se, é considerada uma derrota da comunidade médica (Gouvêa; Deval, 2018, 52) ou mesmo um ato de covardia ou profanação à vida.

Fora do âmbito médico, noutra via, a morte torna-se um evento insuportável e, ao mesmo tempo, efêmero, com uma redução drástica do próprio tempo de luto. No aspecto psicológico, por não querer ser mais vista ou enfrentada e, no aspecto comercial, por não mais haver tempo para além dos esforços empregados ao retorno financeiro; isto porque tempo é dinheiro e, com efeito, perder tempo com o velório e com o luto é também perder dinheiro (Dreher, 2018, p. 16).

Os avanços tecnológicos e científicos advindos da contemporaneidade, paradoxalmente, não refreiam as pulsões mais primitivas humanas, como o sexo, a violência e a morte (Carvalho, 2025). No contrário, a banalização da morte torna esses processos mais apáticos e inconscientes, exasperando o grau da tendência mortífera humana.

Nesta perspectiva, esses impulsos autodestrutivos, em relação ao indivíduo e à sociedade, precisam ser neutralizados ou desviados (Cassorla, 2017, p. 21); o que, segundo Carvalho (2025), pode ocorrer através do desenvolvimento da civilização e da cultura. Em sua origem mais primitiva, a palavra cultura deriva do termo *culturae*, que significa "ação de tratar" ou "cultivar" ou "proteger" (Faria, 1975, p. 266), relacionando-se à ideia de desenvolvimento, aprimoramento e cuidado — seja da terra, de algo que cresce nela, ou do próprio ser humano.

Como aponta Camus (2019, p. 14), o maior problema filosófico é o suicídio, um questionamento que consiste em decidir se a vida tem valor suficiente para ser vivida. Na visão de Cassorla (2017, p. 104), a sua prevenção depende mais da sociedade do que do próprio indivíduo. Isto através da promoção de oportunidades,

recursos e condições de viver de forma digna - isto é, com a promoção dos direitos sociais (Cassorla, 2017, p. 104).

No contexto de prognósticos do fim da vida, por outro lado, na visão de Carvalho, Saldanha e Munekata (2016, p. 6), a única espécie que deve ser considerada eutanásia é a libertadora ou “voluntária” - uma manifestação direta da autonomia do enfermo, moralmente justificável, como se discorrerá adiante. Noutro passo, repudia-se adicionalmente a espécie “não voluntária”, que consiste na hipótese em que sequer há conhecimento acerca da vontade do paciente (Batista; Schramm, 2005, p. 113), sob a conjectura de que, ausente o conhecimento acerca da manifestação do indivíduo, não pode-se correr o risco da morte ser operada por motivos não altruísticos.

Todavia, deve-se evitar discursos que tentam universalizar a morte ou banalizá-la, generalizando os procedimentos que circundam o fim da vida e desvalorizando o decesso humano. Porquanto, não se pode igualar os sentidos que são atribuídos às experiências humanas, principalmente em relação à morte. No contrário, anula-se o ser humano e o reduz a uma máquina ou a um produto em série (Dreher, 2018, p. 100). A morte, assim como a vida, exige dignidade.

### 3.2. A Liberdade e a Servidão:

O segundo ditador conduziu o mensageiro a um milharal e lá cortou com sua foice todas as hastas que estivessem um centímetro acima do nível das outras.

A moral da história é simples: Não admitia que ninguém entre os seus súditos se destaque, não deixe sobreviver ninguém que seja mais sábio, melhor, mais famoso ou até mesmo mais bonito que a massa. Passe a régua em todos para ficarem no mesmo nível; todos escravos, todos números, todos zé-ninguém. Todos iguais. (Lewis, 2017, p. 197).

John Locke (2019, p. 89), na sua obra *Segundo Tratado sobre o Governo Civil*, buscou conceber uma teoria política que justificasse a legitimidade da criação do Estado com o consentimento dos indivíduos e a proteção aos direitos naturais como uma retaliação ao absolutismo e à ideia de poder divino dos monarcas.

O juspolítico qualificou como “Estado de Natureza” a condição natural dos homens em serem livres para decidir as suas ações, dispor dos seus bens e tutelar os seus direitos antes mesmo da formação do Governo Civil. Aquele panorama, contudo, não se caracterizava como uma ausência de direitos ou da beneficência

humana; mas, antes, como uma condição natural do gênero humano de ser titular de direitos inalienáveis, como a vida, a liberdade, a propriedade e a igualdade, com fundamento na sua mera condição de “ser” ser humano.

Entretanto, a vida pré-Estado possuía uma série de inconvenientes (Locke, 2019, p. 92), sobretudo em virtude de cada indivíduo possuir iguais prerrogativas e deveres, dentre os quais o de velar pela conservação da sociedade e assegurar a executoriedade da lei natural da forma como bem entender, punindo os seus eventuais infratores. Uma sociedade com carência de leis fixas, em que muitos dos seus integrantes desconheciam as leis naturais e o respeito humano.

Nestas circunstâncias, subsistindo os Governos Cívicos - cuja legitimidade foi reforçada pelas das teorias políticas advindas após a teoria lockeana -, os principais dilemas morais acerca da eutanásia e de outras modalidades de morte voluntária consiste no eventual conflito entre a autonomia individual e o dever da sociedade de proteção e tutela à vida (Alves; Barros; Santana 2024, p. 12); própria e alheia.

Atualmente, os valores sociais majoritários não suportam a culpa e a ideia de um ser humano não ter mais vontade de viver. Por conseguinte, a descriminalização da morte voluntária revela-se como uma exceção, à medida que as condutas são tipificadas criminalmente na maioria dos países, como no Brasil, que fundamentam a vedação em concepções de natureza religiosa, ética, política e social (Sampaio; Lima, 2023, p. 77).

Contudo, numa visão externa e talvez apática, é simples emitir juízos negativos sobre as pessoas nas condições de terminalidade ou em estado vegetativo persistente que tenham a morte como um desejo, mas deve-se refletir até que ponto pode-se impor a visão alheia e social ao sofrimento do sujeito (Dreher, 2018, p. 22). Isto é, dentre outras premissas, indaga-se se a vida é um dever de todos e quais são os limites da imposição ao paciente de tratamentos prolongados e fúteis pela obstinação terapêutica (Gouvêa; Deval, 2018, 52), bem como quais motivos são moralmente justificáveis para legitimar o desejo pela própria morte. Um paradoxo entre o viver em liberdade e ser servo da vontade majoritária manifesta pela atuação democrática do Estado.

Em suma, de um lado, o sofrimento incurável consiste nas situações em que o mártir físico e psicológico é intenso e contínuo, frequentemente associado a sintomas graves e a incapacidades que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (Alves; Barros; Santana; 2024, p. 10); do outro, a subordinação externa consiste

numa condição de total dependência do paciente aos cuidados médicos ou à assistência para atividades cotidianas e vitais, intrinsecamente associado aos quadros de estágio avançado de doenças (Alves; Barros; Santana, 2024, p. 10).

Relacionados, em essência, aos efeitos da patologia e aos procedimentos terapêuticos, o sofrimento do indivíduo nesses estados exaspera-se com a negativa social e estatal ao desejo de morrer e, com isso, a continuidade de uma condição decrépita e indigna. Um verdadeiro cerceamento à liberdade humana, conectado à ideia de que deve-se ser servo aos valores majoritários a despeito de tudo.

No Brasil, mesmo sendo a liberdade um direito fundamental e consagrado, o paternalismo jurídico ainda é manifesto em diversas legislações que intervêm na vida dos indivíduos com a concepção de um dever de proteger as pessoas de si mesmas oriunda da ideia de que o Estado, invariavelmente, sabe o que é melhor para cada indivíduo em prol do seu bem-estar e segurança.

Ribeiro (2006, p. 1750) exemplifica o ideal paternalista nos artigos 13 e 15 do Código Civil, com o seguinte teor, respectivamente: “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”; “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

A interpretação do termo “salvo por exigência médica” direciona-se a ideia de que o paciente é um sujeito passivo nas intervenções no seu próprio corpo, podendo o médico, excepcionalmente, entender necessário fazê-la; no segundo dispositivo, concluir-se-ia que há obrigação do paciente sem risco de vida em aceitar tratamento ou cirurgia, o que contrapõe o contra-senso ético e jurídico intrinsecamente associado ao ideal de liberdade e dignidade humana (Ribeiro, 2006, p. 1750).

No mesmo sentido, a exceção à prática do crime de aborto praticado pelo médico nas hipóteses previstas nos incisos I e II do Art. 28 do Código Penal autoriza o profissional de saúde a priorizar a vida da gestante, quando não há outro meio para salvá-la. Enquanto que a doutrina defende que o consentimento da gestante é desnecessário, o aborto nestes casos passa a ser uma decisão exclusiva do médico, uma violação a todos os princípios éticos e às garantias jurídico-constitucionais, especialmente o direito à autonomia e sua envergadura com a dignidade humana (Ribeiro, 2006, p. 1751).

O paternalismo existente no referido dispositivo - isto é, a ideia de que, em qualquer hipótese, é moral salvar a vida da gestante em detrimento da criança, mesmo contra a vontade da primeira - contraria o livre arbítrio da mãe para continuar ou não a gestação de um feto anencéfalo ou proveniente do estupro previsto no mesmo dispositivo. E, no mesmo contexto, motivou Gouvêa e Deval (2018, p. 52) questionar o porquê do mesmo livre arbítrio não ser concedido aos pacientes em estado terminal.

Além desses casos, verifica-se um resquício do paternalismo no artigo 146, §3º, I, do Código Penal, cujo *caput* prevê o crime de constrangimento ilegal e excepciona a conduta médica de intervir no paciente, mesmo sem o seu consentimento, quando justificada por iminente “perigo de vida”. Da análise, conclui-se que, o médico não é obrigado a tomar tais medidas de intervenção, mas, caso a pratique, não estará praticando a conduta típica (Ribeiro, 2006, p. 1751).

Barroso (2010, p. 40), quanto ao aborto de fetos anencéfalos, defende que, no contexto de dilemas e paradoxos morais, o Estado não tem a função de escolher lados, mas de permitir que cada um exerça e viva a sua autonomia de vontade; em outras palavras, se a mulher gestante queira interromper a sua gravidez ou continuá-la, que não seja impedida em suas opções.

No contrário, como se verifica no ideal paternalista, em certos casos, a autoridade do profissional - ou dos valores morais majoritários - têm maior relevância sobre o desejo do paciente, desqualificando a sua condição de sujeito (Barroso; Martel, 2010, p. 28), privando-os de escolhas morais próprias. Legitimando-se, não obstante, a interferência de terceiros contra a sua vontade, paradoxalmente, nos casos de “perigo de vida”; perigo tal qual referenciado não no “perigo de morte”, mas de um dano ou ameaça à vida na acepção de sua autonomia e dignidade.

Nesta conjuntura, corroborando com os valores sociais majoritários, os principais argumentos morais contra a eutanásia - para além da deturpação conceitual tratada na primeira seção do presente capítulo - são o *slippery slope* e o princípio da sacralidade da vida (Batista; Schramm, 2005, p. 115), bem como a teoria kantiana acerca da dignidade, que ora é usada para retaliar a morte voluntária e ora pra para justificá-la.

Quanto ao primeiro argumento, o termo *slippery slope*, que significa “ladeira escorregadia”, surge com a premissa de que não deve ser realizadas concessões para questões controversas porque elas trazem consigo o risco de abrir precedentes

para atitudes malélicas, como nos casos de sua utilização para fins não altruístas, como nas questões de herança, pensões ou seguros; a pressão psíquica do enfermo em deixar ou não a vida; a desvalorização da vida humana (Batista; Schramm, 2005, p. 115).

Segundo Alves, Barros e Santana (2024, p. 19), alguns doutrinadores defendem que a legalização do procedimento da eutanásia pode resultar em abusos e generalizações, como nas hipóteses das pessoas serem pressionadas a morrer ou os profissionais de saúde sendo pressionados a praticá-la.

Conforme o entendimento de França (2021, p. 596), quando a eutanásia é generalizada, há três grandes riscos: a possibilidade do erro, a possibilidade do abuso e o desgaste da relação médico-paciente. Além disso, haveria um eminente perigo às pessoas mais fracas de determinados segmentos sociais (França, 2021, p. 596), com os idosos e as pessoas com menores condições financeiras, como exemplificado nos casos de mistanásia de pacientes atendidos pelo SUS.

Segundo o mesmo autor, o dilema também configura-se na dificuldade de avaliação das circunstâncias que geram as conclusões sobre a incurabilidade de uma doença e a proximidade da morte, que são complexas e relativas (França, 2021, p. 574), defendendo que a incurabilidade é um prognóstico naturalmente duvidoso defronte as disponibilidades terapêuticas e habilidades intelectuais de cada médico. No seu sentido, pode-se descobrir curas para enfermidades hoje consideradas incuráveis (França, 2021, p. 577).

Sobre este argumento, entretanto, Batista e Schramm (2005, p. 115) criticam a atual “obsessão pelas generalidades”, que permeia as críticas à morte voluntária desde o século XX, no sentido de que a identificação de semelhanças não implica necessariamente na existência de gerais ou universais. Trata-se da máxima de Cícero de *abusus non tollit usus* - “O uso, portanto, não o abuso, é legal” - que consiste na ideia de que o direito ao uso não deve ser abolido pelo fato de alguém o ter abusado (Pöppelmann, 2010, p. 6).

Noutras palavras, com protocolos rigorosos para determinação de prognósticos - assim como o diagnóstico de anencefalia é seguro em virtude dos meios tecnológicos à disposição da sociedade (Barroso, 2010, p. 39) - há mais chance de acertos do que erros e que, especialmente, estes últimos fazem parte da conduta humana de tentar melhorar a qualidade de vida humana e social. Isto é, a falha é uma possibilidade dos dispostos, moral e materialmente, a acertar.

Na concepção de absolutividade do direito à vida, a sua sacralidade consiste na ideia de que a vida, por ser uma concessão divina, não pode ser interrompida, mesmo na expressa vontade do seu titular (Batista; Schramm, 2005, p. 115). Fortemente propaganda pela doutrina cristã, os países que historicamente estiveram sob maior influência dos valores católicos são os que atualmente proíbem o suicídio assistido e a eutanásia, ao passo que aqueles que tiverem sob menor influência daqueles os permite, como a Suíça, a Bélgica, a Holanda, os Estados Unidos e o Canadá (Sampaio; Lima, 2023, p. 75).

Ao interpretar o Quinto Mandamento - “Não matarás” -, Santo Agostinho afirmou que se trata de não matar ao outro nem a si mesmo porque quem mata a si, também mata um homem (Sampaio; Lima, 2023, p. 74). Sob esta perspectiva, a vida é sempre digna de ser vivida, independentemente da análise das circunstâncias e das condições sobre as quais se vive (Batista; Schramm, 2005, p. 115). Portanto, o suicídio e a eutanásia seriam pecados passíveis de punição divina, seja qual for o grau de sofrimento e a suportabilidade do seu portador.

Esta premissa encontra forte ratificação na teoria de Immanuel Kant acerca da dignidade humana e da máxima do imperativo categórico, ao defender, em síntese, que “a natureza racional existe como uma finalidade em si mesma” (Kant, 2018, p. 71). Segundo o seu ideal, a eutanásia - a conduta que põe fim à vida - é considerada um meio para o alívio do sofrimento humano, figurando-se como uma violação à sua dignidade (Alves; Barros; Santana, 2024, p. 14).

Ao analisar a conduta de um homem que pratica o suicídio, Kant dispôs que:

Se ele se destrói (sic) para escapar a uma situação difícil, então está se utilizando de uma pessoa apenas como um meio para se manter numa situação suportável até o fim da vida. Mas o ser humano não é uma coisa, portanto, não é algo que pode ser usado apenas como um meio; em todas as suas ações, ele precisa sempre ser considerado uma finalidade em si. Por isso não posso dispor do ser humano que há em minha pessoa, ou seja, mutilá-lo, destruí-lo ou matá-lo (Kant, 2018, p. 71-72).

Entretanto, ao comparar as leis morais às leis físicas, pode-se interpretar a máxima categórica kantiana inerente ao “Mundo das Ideias”, mas não natural às práticas do “Mundo Sensível”. Em outras palavras, a própria condição humana faz do indivíduo um ser falho e não perfeito; uma realidade tão expressa quanto às leis físicas manifestadas na realidade, enquanto que a perfeição é uma qualidade

supostamente divina, mas não humana. Não obstante, assim como um antigo navegador se guiava através das estrelas - sem alcançá-las ou objetivando tal fim -, as leis universais humanas servem como vetores das suas condutas, mas nunca serão capazes de fazê-las chegar à perfeição.

Nesta conjuntura, os conceitos absolutos no mundo físico são inexistentes, apesar de ilusoriamente objetivos. No campo da física, a matéria dos algarismos significativos tem como fim evitar a imprecisão das medidas dos seres e dos objetos porque sempre o último algarismo é um dígito incerto ou estimado em função da natureza ilusória dos tamanhos, cuja realidade em sua essência é algo não apreensível pelos métodos ou conceitos estabelecidos.

.Em outros termos, as características dos objetos qualificados como “grandes” ou “pequenos” são percebidas apenas quando comparadas com outros objetos ao redor e sempre haverá mais um dígito à direita através do qual pode-se tentar chegar ao máximo de precisão, mas nunca alcançá-la-á em sua realidade. A ciência das medidas é um produto da necessidade prática. Nesta lógica, tudo é relativo:

0,1 cm  
 0,15 cm  
 0,152 cm  
 0,1523 cm  
 0,15237 cm  
 0,152379 cm  
 0,1523794 cm

∞

Destarte, se até mesmo no mundo físico as medidas são intangivelmente imprecisas, o mesmo se aplica ao mundo das leis morais, mas em múltiplas dimensões relacionadas com o alto grau de subjetividade das decisões e motivações humanas e as interferências de plúrimos aspectos para além da racionalidade, como o emocional, sentimental e circunstancial.

Entretanto, assim como o cálculo tem como fim a redução da incerteza através de parâmetros objetivos para a experiência da vida, assim deve-se aplicar com as leis humanas e, com efeito, aos seus procedimentos. Isto é, há relatividade em tudo, mas é preciso superá-la para viver com segurança e estabilidade, sem a rigidez patológica de atribuir como absoluto todos os conceitos.

Apesar de recentemente ser aprovada a morte assistida na França<sup>4</sup>, a Academia de Ciências Morais e Políticas do país repudiava a eutanásia e todos os demais métodos abreviadores da vida com fundamento de que não seria possível diagnosticar com precisão e certeza a incurabilidade da doença e sua irreversibilidade (França, 2021, p. 575).

Além disso, Mantovani (*apud* França, 2021, p. 576) justificava a eventual relatividade em muitos campos no tema da morte assistida: nos diagnósticos e prognósticos de morte iminente, na possibilidade de tratamento ou cura superveniente e no subjetivismo da dor “suportável” ou “insuportável” e seus limites. Contudo, assim como desenvolveu-se com precisão métodos para diagnosticar a anencefalia, é possível traçar protocolos de segurança com os meios tecnológicos e científicos disponíveis; neste aspecto, a relatividade deixa de ser uma justificativa para a inação.

Com fundamentos similares, parte da doutrina aponta eventual insegurança em outras espécies de morte voluntária e dos procedimentos correlatos, como a ortotanásia e o testamento vital. Segundo Batista e Schramm (2005, p. 114), o termo “ortotanásia” é pouco útil devido, dentre outros paradoxos, à definição do “tempo certo de morrer”. Além disso, sobre sua eventual diferença com a “eutanásia passiva”, quase que impossível de ser estabelecida.

França (2021, p. 585), por sua vez, denuncia que os testamentos vitais, também denominado de “diretrizes antecipadas de vontade”<sup>5</sup>, podem ocultar vários interesses ocultos, tanto dos familiares como dos gestores de seguros de saúde, além de um risco distópico e previsível se sua lavratura ser uma condição para internação ou aderência de planos de saúde.

Além disso, há quem ojerize a morte voluntária, como Arantes (2019, p. 188) e Alves, Barros e Santana (2024, p. 13) com o fundamento de que há a alternativa dos cuidados paliativos. Apesar de humano e coerente com a dignidade humana, o âmago da discussão é a disponibilidade dos procedimentos para que o paciente exerça a sua autonomia.

---

<sup>4</sup> SOFIA, Júlia. Assembleia Nacional da França aprova legalização da morte assistida. Revista Veja, 27 maio 2025. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/mundo/assembleia-nacional-da-franca-aprova-legalizacao-da-morte-assistida/>. Acesso em: 6 jun 2025.

<sup>5</sup> Documento confeccionado por pessoa maior e capaz que expressa as diretrizes do tratamento médico a que lhe será submetido quando não estiver em condições de expressar a sua vontade (Souza, 2022, p. 123).

Na realidade, há um pernicioso “pacto de silêncio” sobre o tema nos corredores das unidades de saúde. Com efeito, as decisões acerca da interrupção da vida dos pacientes são feitas às entrelinhas, pelos profissionais de saúde sem preparação para tanto, à revelia do enfermo e de seus familiares (Batista; Schramm, 2005, p. 112).

Por todo o exposto, no âmbito da morte com intervenção, ressalta-se que a situação posta não é banal, temporária ou reversível. Banal é a hipótese em que o indivíduo decide morrer e os outros se omitem no auxílio e o evita (Barroso; Martel, 2010, p. 33), como ocorre com o suicídio decorrente de patologia psíquicas. No contrário, são condições de extraordinariedade de pessoas que desejam renunciar intervenções médicas de prolongamento inútil da vida ou, noutras hipóteses, por estarem acometidos por doenças terminais dolorosas ou degenerativas que o faz, paulatinamente, perder a independência (Barroso; martel, 2010, p. 33) e a sua concepção acerca da qualidade de vida.

As decisões são decisões de cunho pessoal e não tomadas por outrem (Batista; Schramm, 2005, p. 116). Com efeito, a essência da morte voluntária pressupõe que ninguém existe no mundo para atender os propósitos alheios ou servir metas coletivas da sociedade (Barroso; Martel, 2010, p. 36) com excesso de interferência na vida privada e bem-estar do indivíduo.

No Brasil, ainda, o paternalismo deve dar lugar ao consentimento livre e esclarecido, que aos poucos está incidindo nas relações de saúde (Ribeiro, 2006, p. 1750), que valoriza a autonomia do paciente e o diálogo. O enfoque é a conversão da arte de curar para a arte de cuidar e amparar (Barroso; Martel, 2010, p. 32).

Certamente, uma legislação elaborada com compaixão e sensibilidade servirá para orientar os profissionais de saúde, o paciente e os seus familiares, com as salvaguardas rigorosas que tenham como fim a evitação de arbitrariedades e abusos, de modo a garantir que a decisão do indivíduo seja voluntária e informada. (Alves; Barros; Santana, 2024, p. 6).

Nas palavras de França, em que pese contrário à eutanásia: “Se tivermos de errar, melhor será que erremos em favor da dignidade humana” (2021, p. 590). Este conceito, destarte, servirá como uma bússola orientadora, especialmente com uma nova roupagem conceitual da dignidade em vida e no decesso humano e a sua relação com a autodeterminação das condutas humanas.

Neste contexto, o valor e o exercício da liberdade consiste em escolher o que se pensa e o que se faz, sem interferências ou valores externos; sem violação ao direito alheio, ao passo que a servidão é a submissão da experiência da vida - e da morte - às escolhas e aos valores dos outros. Afinal, como pontua Lewis (2017, p. 197), é um exercício escamoteado de uma ditadura - mental e social - a uniformização de todos, rebaixando-os ou alongando-os para se enquadrar em padrões, como se fossem números ou mero meios. Portanto, não se pode criar uma completa igualdade ou justiça através da despersonalização e banalização humana.

## 4. A AUTODETERMINAÇÃO DAS CONDUTAS HUMANAS

### 4.1. A Dignidade na Vida

No fim das contas, a vida nada mais é do que o tempo que a gente tem enquanto espera a morte. É melhor que possamos fazer bom uso dessa espera (Suy, 2022, p. 71).

Mesmo variando de acordo com o tipo e causas subjacentes, é possível curar-se da anemia do conceito de dignidade humana através da suplementação teórica e de tratamentos específicos. Afinal, é preciso lutar contra o abstracionismo da dignidade e contra o fenômeno da trivialização da vida, em seus múltiplos aspectos, especialmente na esfera individual, social e juspolítica.

Em que pese as críticas à utilização da dignidade humana nos entornos jurídico-políticos e da vertente que sustenta uma eventual inutilidade do seu conceito, Luís Roberto Barroso defende que pode ser construído um ideal unitário e objetivo de dignidade que norteie a sua interpretação e a aplicação através da atribuição de alguns conteúdos mínimos (2010, p. 19), com um sentido não religioso e não paternalista, em consonância com a autonomia individual.

Para além da “conceituação negativa”, como propôs Jorge Reis Novais e Flávio Martins (2025, p. 24-13), Barroso sugere alguns conteúdos mínimos capazes de estruturar o raciocínio do intérprete, que consiste na verificação da presença da laicidade, da neutralidade política e de um elemento universalizante nos discursos (2010, p. 36-37), capazes de legitimar e atribuir valor ao conteúdo da dignidade, o que possibilita uma adequada - e humana - aplicação do conceito para solução de “casos difíceis”, como aqui é proposto fazê-lo com o tema da morte voluntária.

Primeiramente, propõe o constitucionalista que não deve-se dar enfoque nas visões religiosas para conceber a dignidade, exceto em relação aos conteúdos que todas as religiões possuam em valores comuns (Barroso, 2010, p. 20). Batista e Schramm (2005, p. 117), a exemplo, apostam como promissor ao debate acerca da morte voluntária o deslocamento do discursos para os referenciais daqueles que se dispõe a realizar o ato - adicionando-se aqui a sociedade, que acompanha a condição do enfermo, mas sem senti-lá e vivenciá-la - na perspectiva da compaixão. Um valor comum nas múltiplas religiões.

Na vertente cristã e budista, a compaixão consiste no ato de tomar para si a dor alheia e tornar-se sensível ao seu sofrimento (Batista; Schramm, 2005, p. 117),

que pressupõe o não julgamento do outro por suas escolhas, mas somente a aceitação, respeito e apoio na sua condição e para com as suas decisões.

Na vertente tolteca, uma tradição que floresceu no Sul do México, o amor e a liberdade estão associados ao ato de afastar-se do julgamento, na premissa de que deve-se amar sem condições, expectativas e obrigações. Parafraseando Don Miguel Ruiz, que partilha os ensinamentos toltecas, o julgamento tem como efeito a crença na culpa do outro e, com esta, uma eventual necessidade de punição e de castigo (2024, p. 108).

Neste contexto, para além da dor e do sofrimento inerentes à sua condição, afasta de qualquer aplicação de dignidade a conduta de julgamento das escolhas dos pacientes em situação de prognósticos de fim da vida, bem como daqueles com pensamentos suicidas. Isto porque, certamente, não resultará efeitos positivos no que tange à aceitação da morte - em relação aos primeiros - e à cura dos transtornos mentais para evitar o suicídio - quanto aos segundos.

Neste cenário, é preferível a laicização do discurso da dignidade quando a religião - com “r” minúsculo - é evocada através de valores não comuns, auto ou inter depreciativos. Isto porque aquilo que julga, segrega e castiga está mais para o seu oposto; um lastro de incoerência e desumanidade que se manifesta nas guerras “sacras”, mas não verdadeiramente “santas”.

O segundo conteúdo mínimo que deve conter o discurso da dignidade desenvolvido por Barroso (2010, p. 20) é a máxima neutralidade política possível, que seja capaz de unir valores compartilhados por conservadores, liberais e socialistas. A dignidade não deve ser um mero conceito espelho, evocada somente para reafirmar ideologias pessoais dos seus palestrantes para alimentar o próprio ego ou ambição, especialmente daqueles que apresentam soluções simplórias para problemas sociais complexos, sem, logicamente, resolvê-los.

Ainda, como terceiro e último conteúdo mínimo, deve-se evitar a “ambição civilizatória”, um ideal que visa reformar práticas noutras sociedades, através de imposição de valores e hábitos considerados correctos (Barroso, 2010, p. 20). Isto porque não há espaço para imposições e as conquistas pretendidas não são essencialmente externas, mas feitas no plano das ideias e do espírito daquele em situação de morte iminente e da sociedade.

Além desses conteúdos mínimos, Barroso ensina que há três elementos da dignidade humana, que reflete na construção de um ideal unitário desse conceito

para fazê-lo aplicável a qualquer indivíduo, independentemente do lugar que se encontre e da condição que esteja (2010, p. 20). São esses elementos o valor intrínseco da pessoa humana, a autonomia e o valor comunitário, também denominado de dignidade heterônoma, que se reforçam e entrelaçam.

O primeiro está relacionado ao valor que é inerente à todos os seres humanos, ratificando a sua posição privilegiada no mundo em detrimento dos outros seres, o que impõe a aplicação de postulados anti-utilitaristas e anti-autoritários (Barroso, 2010, p. 22). Em outras palavras, é a imposição do imperativo categórico kantiano nas condutas humanas e a ideia de que o Estado existe e opera-se para servir ao indivíduo, e não este em função daquele.

De um lado, quando a escolha pela manutenção da vida com a obstinação terapêutica parte de um terceiro - como um ente familiar ou o profissional de saúde -, o enfermo é também indiretamente utilizado como um meio para ratificação de um ideal de sacralidade da vida que não necessariamente corresponde com os seus valores. Nas palavras de Batista e Schramm (2005, p. 115), mesmo considerando que a vida é um bem supremo, pode-se questionar quem seria a pessoa com legitimidade para julgar a sua beatitude e a sua qualidade, sendo mais acertado que fosse o seu próprio titular.

Em alguns casos, na manutenção da vida com tratamentos em níveis de degradação humana, o enfermo figura-se como um meio para satisfação ou consolo alheio de permanecer com o ente querido. Epicteto reforça a ideia de que deve-se lembrar da natureza finita das coisas e das pessoas para suportar a eventual dor da perda (2019, p. 21). Nas suas palavras, a propriedade é uma grande ilusão, ao passo que seria inadequado referir-se às pessoas utilizando-se de pronomes possessivos, especialmente no ato da perda. Assim, não se diz que perdeu alguém por advir a morte porque, verdadeiramente, aquele nunca foi a sua propriedade. O que resta, com efeito, é cuidá-los no agora, enquanto a vida ainda permite tê-los (Epicteto, 2019, p. 27).

Destarte, não existe a obrigação à vida, especialmente quando esta não é mais possível dentro do que o seu titular entende como possível nos casos de irreversibilidade do quadro de saúde (Gouvêa; Deval, 2018, 55). Isto porque, no contexto do prognóstico limitado, do sofrimento incurável e do alto grau de dependência externa, características intrínsecas dos pacientes terminais, mesmo o direito à vida sendo um imperativo, a qualidade de vida e o alívio do sofrimento

humano nessas situações são também questões éticas e humanitárias (Alves; Santana; Barros, 2024, p. 5).

Seguidamente, a autonomia da vontade também é posta como um elemento da dignidade humana (Barroso, 2010, p. 20). Originada do grego *autos* e *nomos*, que significam “próprio” e “regra”, “autoridade” ou “lei”, respectivamente, esse termo foi utilizado para justificar e explicar o autogoverno das cidades-estado no período clássico (Ribeiro, 2006, p. 1749). Denota a ideia que o indivíduo com autonomia plena tem o mesmo poder de um Estado, qual seja: a autodeterminação; o direito de dirigir e desenvolver a própria vida e personalidade, fazendo valorações morais e escolhas sem imposições externas indevidas (Barroso; Martel, 2010, p. 39).

Segundo Martel e Barroso (2010, p. 50), na Constituição de 1988 há a predominância da dignidade como autonomia. Em adição, no Sistema de Saúde Brasileiro, inicialmente com a Portaria nº 675/GM, de 30/03/2006, que aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, houve a troca intencional do termo “paciente” para “usuário” do sistema (Ribeiro, 2006, p. 1752).

Em outras palavras, o indivíduo passou de um sujeito passivo para um sujeito ativo na usufruição do serviço público ou privado. Isto denota a prevalência do interesse do doente e não mais do profissional de saúde, que substitui o paternalismo nas relações para o consentimento livre e esclarecido do usuário (Ribeiro, 2006, p. 1752). Neste contexto, não subsistem concepções de “exigência” ou “ordem” médica, enquadrando o suporte dos profissionais de saúde à uma recomendação, indicação ou prescrição, sem um pretexto de impositividade.

Analogamente, no que tange ao tema das Testemunhas de Jeová, o Supremo Tribunal Federal - STF, no Recurso Extraordinário nº 979.742, reconheceu o direito de recusa ao procedimento médico de transfusão de sangue com fundamento na autonomia individual e na liberdade religiosa das pessoas plenamente capazes. Aos que não conseguem exercê-la, especialmente os menores púberes e impúberes, entendeu-se que a convicção religiosa não passou ainda por um processo pleno de convencimento e maturação e, por isso, há a prevalência do direito à vida (Martins, 2025, p. 693) em detrimento da autonomia da vontade, nestes casos com limitações.

Neste contexto, segundo Barroso e Martel (2010, p. 49), pode a autonomia na dignidade humana legitimar a morte com intervenção, desde que haja consentimento genuíno, informado e livre de privações materiais, bem como privações psíquicas. Isto com a clara concepção de que não há direitos absolutos, como o próprio Direito

à “Vida”, que é relativizado em algumas hipóteses legalmente previstas, como a pena de morte para os crimes militares em tempo de guerra (artigo 355, Brasil, 1969; artigo 707, Brasil, 1969), o combate ao narcotráfico internacional, contrabando e terrorismo através da destruição de aeronaves no espaço aéreo brasileiro (artigo 303, *caput* e §2º, Brasil, 1986) e o aborto legal (artigo 128, Brasil, 1940), conforme pontua Martins (2025, p. 694).

Por fim, o terceiro elemento da dignidade apontado por Barroso (2010, p. 28) é denominado de “valor comunitário” ou “dignidade como heteronomia”. Enquanto que a autonomia parte do pressuposto do exercício da vontade, seguindo imperativos que cada indivíduo atribui a si mesmo, a dignidade como heteronomia abrange o seu elemento social, os valores compartilhados pela sociedade e os seus ideais civilizatórios; uma força externa que molda o seu conteúdo e mais limita a liberdade individual do que a expande (Barroso; Martel, 2010, p. 43).

Quando associada à ideia de valor intrínseco da pessoa humana, o valor social fundamenta as vedações e intervenções estatais na vida privada com o fundamento de proteger a pessoa de si mesma, mesmo que o esta consinta e não considere determinada conduta como um ato atentatório à sua integridade, de modo a preservar-lhe a dignidade - ou o ideal de dignidade que é socialmente compartilhado pela maioria dos integrantes de uma sociedade.

Barroso e Martel (2010, p. 45) citam algumas das decisões estatais fundamentadas na dignidade como heteronomia, como a proibição das relações sexuais sadomasoquistas no Reino Unido e dos *peep shows* na Alemanha. Certamente, o mais famoso e emblemático foi o caso dos arremessos de anões na França, cujo show noturno foi proibido pelo Conselho de Estado francês em 1995. Neste contexto, foram confrontados os direitos à liberdade de trabalho e empresarial com a dignidade humana - isto é, a sua concepção social comum -, prevalecendo esta última, mesmo que os próprios indivíduos que se submetiam àquele tipo de trabalho o defendessem (Barroso; Martel, 2010, p. 44).

Na verdade, no aspecto da dignidade, entende-se que há desrespeito quando a pessoa humana é submetida à uma situação de humilhação, estigmatização, especialmente quando atrelada à uma ideia de inferioridade (Martins, 2025, p. 24-13). Entretanto, a dimensão material da dignidade - que trata da existência de condições materiais mínimas para a existência digna, sem privações de igual ordem

- é um pressuposto essencial para o pleno exercício da capacidade, de modo a resultar no consentimento genuíno e informado do indivíduo em situações adversas.

Como é ensinado por Martins (2025, p. 24-15), através de oportunidades de realização humana, ao menos num patamar mínimo, que a dignidade é exercida. A sua ausência, por outro lado, força o indivíduo à sujeição de situações em prol da manutenção da sua própria subsistência; ou, noutro lado, o déficit de suporte mínimo para o livre desenvolvimento intelectual pelo sistema educacional resulta na ausência de discernimento e conscientização dos efeitos da própria conduta.

Neste contexto, pode-se enquadrar o caso dos arremessos de anões na França e a eventual ausência de oportunidades em outros setores sociais de modo a promover-lhe, por outra via, a vida com dignidade. No âmbito nacional, é o mesmo que opera-se nos elevados índices de prostituição, de envolvimento de menores no tráfico de drogas e entorpecentes e a prática de atos suicidas.

Configura-se um paradoxo: mesmo diante da ausência de oportunidades de uma vida melhor e diversa, é destoado o discurso que o indivíduo deve se proteger de si mesmo. Entretanto, mais imperiosa é a proteção estatal contra um sistema que mina as suas escolhas, as suas liberdades e os oprime. Destarte, considera-se não eficiente remediar um problema atacando os seus próprios resultados. Isto equivale à tentativa de impedir o crescimento de ervas daninhas removendo-lhes apenas o que é visível, enquanto que as raízes - a origem do problema social - permanecem sem o devido tratamento.

Noutro aspecto, uma das vertentes de aplicação do princípio da dignidade consiste no controle de constitucionalidade das restrições e limitações oriundas do poder estatal (Martins, 2025, p. 24-12), protegendo a vida e a integridade dos indivíduos contra violações do Estado ou de terceiros. Contudo, deve-se ter cautela na concepção heterônoma da dignidade e o seu eventual emprego para justificar políticas paternalistas, jurídico-moralistas e perfeccionistas (Barroso; Martel, 2010, p. 48). Isto porque, quando se trata de tiranias da maioria - além destas serem circunstanciais e voláteis -, os valores majoritariamente compartilhados podem acarretar em restrições à liberdade e à integridade de grupos minoritários, como no caso dos pacientes em situação de morte iminente, em virtude de ser a heteronomia invocada para proibir-lhes o livre exercício de suas decisões.

Sob esta premissa, o postulado anti-autoritário derivado do valor intrínseco da pessoa humana ratifica a limitação das ações estatais na vida privada, desde que,

com ações autônomas, não se viole o direito alheio. Nas palavras de Ribeiro (2006, p. 1750), o direito à autonomia tem qualidade potestativa, cujo exercício independe da anuência de terceiros; destarte, ninguém, nem mesmo o Estado, pode impor restrições a esse direito para determinar a conduta alheia.

Pela qualidade potestativa, a vida é renunciável somente pelo seu titular. Se o contrário fosse, não seria um direito à vida, mas uma obrigação ou dever de viver; e, se tivesse tal qualidade, punir-se-ia o suicídio, proibir-se-ia os esportes radicais e atividades de riscos; e, na área médica, impor-se-ia os tratamentos degradantes e desumandos (Ribeiro, 2006, p. 1750), mesmo em desrespeito à vontade do titular.

Por todo o exposto, livre do abstracionismo do conteúdo da dignidade humana, é possível revestir de valor a sua aplicação nos dilemas éticos e morais que circundam o tema da morte com intervenção quando acionada a atividade jurídico-jurisprudencial. Não obstante, para além da sua aplicação no mundo jurídico, a liberdade e autonomia devem ser reais e não meramente teóricas. Isto é, a promoção da dignidade humana correlaciona-se, diretamente, à presença de condições materiais que possibilitem a autodeterminação (Barroso; Martel, 2010, p. 39), com ênfase ao afastamento do fenômeno atual de trivialização da vida.

Isto é, o retorno cotidiano ao tema morte - para descaracterizá-lo como um tabu - desmascara os ideais de eternidade humana e os processos de alienação da dor e do sofrimento, atualmente exasperado com as políticas de pão e circo e com a sociedade de consumo. Com efeito, maior é a valorização da vida no momento presente e a conscientização das decisões humanas e das suas consequências para os momentos futuros.

Nas palavras de Ana Suy (2022, p. 71), a vida é basicamente o período de tempo em que se vive enquanto a morte é esperada. Independentemente sob quais condições o ser humano esteja submetido - na “saúde” ou na “doença” - a sua existência deve ser acompanhada de dignidade, refletida no grau de consciência e de liberdade nas escolhas e nas ações humanas, que torna o viver um processo de maior autonomia e responsabilidade.

Neste contexto, a dignidade está voltada à autodeterminação das condutas humanas com a percepção da limitação do tempo, de modo a valorizar o presente, realizando-se na própria vida e, com efeito, na própria morte, aceitando e atribuindo valor a este evento futuro que certamente irá se consumir.

## 4.2. A Dignidade no Decesso

O mais importante é que a morte, seja qual for sua forma, seja digna, tão digna quanto merece ser a vida (Cassorla, 2017, p. 1752).

De acordo com os ensinamentos de *Heidegger*, a morte é a maior e peculiar possibilidade da vida em virtude de ser a única coisa que ninguém pode fazer pelo outro. A morte incide todos os dias, em cada alternativa não empreendida. É com a experiência e a consciência do próprio desfalecimento que se particulariza, por sua vez, o ser humano (*apud* Cocicov, 2008, p. 67).

Atualmente as pessoas morrem durante a vida e vivem - ou tentam viver - somente quando evidenciada a proximidade do decesso. A morte, em vida, é a ausência da individualização do ser humano, acompanhada do não exercício de oportunidades de auto realização e felicidade. A vida, em morte, configura-se como um intenso estado de presença, aceitação e consciência da finitude humana, mas o afastamento do tema do cotidiano, no geral, promove a não aceitação do fim, acompanhada de arrependimentos e sentimentos de perda e de culpa.

Nas palavras de Cocicov (2008, p. 65), a morte pode ser concebida como um processo contínuo; um fenômeno progressivo e não necessariamente espontâneo, apesar de ser previamente diagnosticada. Destarte, a proteção defronte à morte é necessária por ser um processo de natural fragilidade do indivíduo, que deve ser amparado e acolhido nas suas decisões e reações, de forma particularizada.

A terminalidade, além de desencadear reações físicas, provoca uma série de reações psicológicas e emocionais que variam conforme a personalidade do enfermo, as suas experiências de vida e os mecanismos utilizados para enfrentar a enfermidade (Alves; Santana; Barros, 2024, p. 11), que devem ser considerados durante o seu tratamento clínico.

Neste contexto, defendem Batista e Schramm (2005, p. 112) que a morte não deve ser somente interrogada enquanto um problema de ordem técnico-científica com as suas implicações, mas o cerne da discussão deve ser de ordem existencial e filosófica: a inerente finitude da vida humana. No mesmo sentido, no âmbito de prognósticos do fim da vida, a morte não é uma escolha, mas antes uma fatalidade iminente, na proporção que a sua assistência tem o fim de reduzir a dor e o sofrimento do enfermo até que este evento, futuro e certo, se consume.

Não obstante, são evidentes as dificuldades encontradas para a discussão da morte assistida no Brasil e no Mundo. Afinal, é humanamente impossível chegar a um denominador comum sobre o conceito de “morte digna” - e, do mesmo modo, “vida digna” - sem que sejam negligenciadas ou negadas algumas das visões existentes (Dreher, 2018, p. 100), em especial as de ordem moral, religiosa e filosófica, que ricocheteiam, inevitavelmente, no mundo jurídico.

Entretanto, é possível traçar argumentos morais a favor da morte assistida no Brasil - em especial ao suicídio assistido e à eutanásia, atualmente vedados -, bem como aos métodos alternativos que encontram respaldo na legislação nacional, como a ortotanásia e os cuidados paliativos. Neste contexto, o princípio da dignidade da pessoa humana, com seus conteúdos e elementos mínimos, fornece fundamentos robustos e sólidos para com a sua permissão, com ênfase na dignidade como autonomia do paciente.

Barroso e Martel (2010, p. 19) ressaltam a dualidade e o paradoxo do poder humano sobre a vida e sobre a morte. Enquanto no primeiro fenômeno inexistente a interferência do titular - este não tem poder sobre o início da sua existência, um evento resultado de uma vontade alheia, divina ou fruto do mero acaso -, no segundo, há a possibilidade de influenciar o processo de morte. Entretanto, a possibilidade jurídica de fazer incidir a vontade do sujeito em eventos aparente e socialmente considerados alheios à sua autonomia e imutáveis - como a decisão acerca da morte - vem ganhando espaço na legislação brasileira.

Inicialmente, a menor ênfase dada pela Constituição Brasileira ao elemento da dignidade como heteronomia é apercebida com a pouca frequência de conceitos indeterminados voltados à coletividade, como “moral pública”, “bons costumes” e “interesse público”, especialmente quando comparada com os textos constitucionais anteriores. Este caso evidencia a valorização da dignidade como exercício da autodeterminação humana. No mesmo sentido, a jurisprudência predominantemente produzida pelo Supremo Tribunal Federal sobre o tema interpreta e aplica o fundamento da dignidade humana (artigo 1º, III, Constituição Federal de 1988) com base no elemento de autonomia e autodeterminação (Barroso; Martel, 2010, p. 51-53).

Noutro passo, os Direitos de Personalidade, previstos no artigo 5º, bem como nos artigos 11 a 21 do Código Civil, ratificam o exercício da autonomia para garantir a manifestação da essência exclusiva e particular de cada indivíduo. Segundo

Peluso (2024, p. 29), esses direitos têm como objeto central a dignidade da pessoa humana e têm como finalidade a preservação da integridade física, moral e intelectual do indivíduo, exercida e garantida através de faculdades jurídicas disponíveis.

Pouco tempo atrás, a vontade do titular em modificar alguns aspectos da sua vida particular costumavam ser mitigados ou desconsiderados quando relacionados às matérias aparentemente “invariáveis”, cujas mudanças eram previamente vetadas pela legislação brasileira. Entretanto, na contemporaneidade, inicia-se um processo de reconsideração da vontade do sujeito em matérias aparentemente inflexíveis, como a exemplo da possibilidade jurídica de alteração de prenome, sexo e gênero nos registros civis através de procedimentos com burocracia mitigada.

Com o advento da Lei nº 14.382/2022, que alterou o artigo 56 da Lei nº 6.015/73, tornou-se possível a retificação do prenome do indivíduo na via administrativa de forma imotivada. De modo mais importante e relevante, não sendo mais necessária autorização judicial para alteração do sexo e gênero de pessoa no registro civil, a decisão do STF na ADI nº 4275 afastou a obrigatoriedade de cirurgia de redesignação sexual para alteração nos assentos cíveis, exigindo apenas a manifestação de vontade do indivíduo com capacidade civil plena, desde que esta tenha sido exercida de formas livre, consciente e informada.

Nesta conjuntura, a qualidade de vida é diretamente proporcional às oportunidades fáticas e jurídicas disponíveis no início da existência humana até o seu último momento como expressão da sua individualidade e liberdade. Na concepção de França (2021, p. 578), o princípio da qualidade de vida relaciona-se às habilidades físicas e psíquicas que podem proporcionar ao ser humano viver bem. Entretanto, mesmo aparentemente contrários, a qualidade pode ser considerada uma extensão da sua própria sacralidade da vida, merecendo igual consideração nos debates acerca da morte voluntária (França, 2021, p. 579).

Conforme os ensinamentos de Batista e Schramm (2005, p. 117), mesmo nas hipóteses de sofrimento excessivo, a existência não deixa de ser sagrada com o fundamento na decisão do indivíduo de encerrá-la. Na realidade, o ato de se admitir que não vale a pena continuar numa situação de dor e martírio sem fim é um ato de beatificação à vida, de modo a não profana-lá com as condições degradantes as quais o indivíduo continuaria se submetendo.

Como posto em debate anteriormente, a terminalidade e outros prognósticos de fim da vida são acompanhados de um elevado grau de inconsciência, causado tanto pela enfermidade como por sedativos para mitigação da intensidade da dor e do sofrimento. Não obstante, os pacientes com doenças degenerativas sem possibilidade terapêutica presenciam uma deterioração progressiva da sua saúde, a progressão que a sua capacidade e independência são substituídas pela impossibilidade de demonstração de estímulos sensoriais e pela dependência de técnicas terapêuticas, como a respiração artificial e a bolsa de colostomia.

Nas palavras de Gouvêa e Deval (2018, p. 52), a vida que é protegida e prezada de forma absoluta pelo *caput* do artigo 5º da Constituição Federal e pelas normas correlatas não é qualquer vida, mas aquela com dignidade. Com efeito, uma morte digna deriva do direito de viver em toda plenitude a última etapa da existência humana, mesmo defronte as limitações e o sofrimento (França, 2021, p. 586), de modo a promover proteção quanto à sua desumanização e degradação.

Na sua obra *Ética à Nicômaco*, Aristóteles (2015, p. 17) defende que todos os seres existentes buscam um bem que lhes seja próprio. Nas suas palavras, há um “bem supremo” que deve motivar todas as condutas humanas: a felicidade. Na sua concepção, a felicidade própria dos seres humanos não se confunde com a das plantas - de subsistência e vegetatividade - ou dos animais - da sobrevivência e procriação como manifestação instintiva. Logo, caso perseguisse esses atributos, estaria almejando um bem-estar que não corresponde à sua natureza.

Em apertada síntese, para o filósofo clássico (2015, p. 27), a felicidade humana é promovida através da conduta em conformidade à uma reta razão - que a qualificou de virtude. Um ato de evitar o excesso e a deficiência, buscando o equilíbrio no justo meio de todas as coisas. Sob esta premissa, ausente o elemento manifestamente racional do ser humano - perdido ou progressivamente limitado - afasta-se, com isso, da sua essência e dignidade própria.

Noutro lado, o justo meio pode ser promovido com a evitação do excesso dos sedativos e procedimentos e, do mesmo modo, da sua escassez, evidenciada nos casos de mistanásia e distanásia, o que vem sendo evitado pelo ordenamento jurídico pátrio com a permissão dos cuidados paliativos e da ortotanásia. Em adição, apontam Barroso e Martel (2010, p. 26) que medidas excessivas e desproporcionais em matéria de manutenção da vida não correspondem à boa técnica quando não desejadas pelo doente, seus cuidadores ou responsáveis legais.

Ao analisar a moralidade das ações humanas com base nos seus efeitos, John Stuart Mill (*apud* Alves; Santana; Barros, 2024, p. 14) aponta que a qualidade de vida e o bem-estar devem ser norteadores da conduta humana, ao passo que qualifica o direito à autonomia como absoluto, especialmente quando se trata da disposição da vida nos casos de doença incurável e sofrimento frequente. Neste vertente do utilitarismo, promover a eutanásia ou o suicídio assistido seria uma forma de compaixão para com o indivíduo.

Entretanto, o campo da subjetividade é amplo e mutável em decorrência de suas múltiplas facetas para expressão da individualidade humana. Numa sociedade plural - e democrática - a unanimidade e o absolutismo dos direitos caracterizam-se como utopias conceituais, fáticas e jurídicas. Neste contexto, o cerne da discussão acerca da morte assistida não consiste na eleição da mais acertada teoria moral que a justifique. Isto porque todo o agir humano é um agir conveniente.

Conveniência tal qual não invocada num sentido pejorativo, reacionário ou negativo. No contrário, é um direito comum a todos os seres humanos, como expressão da sua autonomia, buscar teorias que justifiquem e orientem as suas ações e o seu sentido de existência em prol da de um ideal de felicidade ou qualidade de vida. O limiar para isto, contudo, é a esfera do outro, sem violações ao direito alheio; promovendo-lhe respeito e oportunidade de seguir as leis morais que lhes fazem mais sentido e o ideal de que os demais possuem o mesmo direito de fazê-lo. Destarte, não deve haver espaço para imposições e moralismo.

Nesta perspectiva, Batista e Schramm (2008, p. 78) defendem que, no conflito de interesses e de direitos, a autonomia - ou o direito da autodeterminação - tem prioridade léxica sobre os outros direitos. Isto porque o próprio indivíduo é o mais qualificado para avaliar e determinar os rumos da sua vida. Com efeito, sendo o juiz da sua própria vida, é sob o olhar dele que o conceito de dignidade é definido, devendo ser somente respeitado (Kovács, 2013, p. 78).

Ribeiro (2006, p. 1751), em complemento, ressalta que o ato de desconsiderar o direito de morrer do paciente - quando este recusa a obstinação terapêutica -, pode se enquadrar nos fatos típicos de constrangimento ilegal (artigo 147, Código Penal), lesão corporal (artigo 129, Código Penal) ou mesmo abuso de poder. Isto porque não caberia a um terceiro ou ao Estado obrigar o indivíduo a viver quando não mais lhe convém (Gouvêa; Deval, 2018, p. 58), ratificando o valor intrínseco da dignidade humana e o seu postulado de anti-autorismo estatal.

Além disso, é possível identificar efeitos econômico-financeiros positivos com a morte voluntária, apesar de sua natureza reflexa e subsidiária. Num contexto de alta demanda populacional pelos serviços públicos de saúde e medicamentos essenciais, reduzir-se-ia a quantidade de recursos financeiros que são gastos para manutenção da vida de pessoas que não desejam mais viver em virtude do seu prognóstico degradante de saúde.

Neste sentido, além de possibilitar uma maior disposição de recursos para os demais usuários do sistema de saúde, em especial aqueles com quadro-clínico reversível - ou, inclusive, os indivíduos em situação de irreversibilidade da doença, mas com o desejo autônomo de continuar com o tratamento -, mitigam-se as mazelas da sociedade do consumo na área médica e o contingência do biopoder, expressos atualmente no afã pelo lucro com a obstinação terapêutica em detrimento da autonomia e do bem estar do sujeito-paciente.

Nesta conjectura, entende-se que deve haver prevalência das escolhas individuais no tema morte com intervenção quando em confronto com os terceiros envolvidos, de modo a preservar-lhe a dignidade, especialmente no seu aspecto de autodeterminação. Para além de ser titular de Direitos Fundamentais, é o enfermo o sabedor dos limites da suportabilidade do seu próprio corpo (Gouvêa; Deval, 2018, p. 52), bem como da sua mente, o que importa no acolhimento, empatia e respeito à sua condição pela sociedade.

Entretanto, o direito à autonomia não pode ser exercido de forma invariável (Barroso; Martel, 2010, p. 55). Afinal, o cenário psíquico de um paciente em situação de terminalidade - ou sem possibilidades terapêuticas disponíveis - caracteriza-se como um mister de emoções intensas, dentre as quais a angústia, o medo e a ansiedade, que certamente podem influenciar na tomada de decisão, o que torna essencial a análise da psicologia para avaliação real do exercício da autonomia do enfermo (Alves; Santana; Barros, 2024, p. 15).

Segundo Barroso e Martel (2010, p. 56), há diversos pressupostos que devem ser observados nos procedimentos de morte voluntária, como a certeza do diagnóstico, do prognóstico e das alternativas existentes; a aferição segura do consentimento do paciente, para garantir que as decisões foram tomadas de forma livre, consciente e esclarecida; e a ausência de privações de ordem material e psíquicas. Além desses, é imperiosa a verificação da incoerência de depressão tratável do usuário, independentemente do seu quadro-clínico.

Isto porque, o ato de defender a autonomia da vontade na decisão sobre o suicídio assistido ou eutanásia não implica no incentivo ao suicídio (Kovács, 2013, p. 76). Neste contexto, distingue-se ambos os diagnósticos. Fora do contexto de prognósticos de fim da vida, não há argumento moral que dê suporte ao suicídio derivado de quadro clínico depressivo e distúrbios psicológicos, sendo questões de ordem moral complexas as hipóteses de coincidência dos quadros de terminalidade e depressividade do indivíduo.

Preenchidos os pressupostos de existência, validade e eficácia, que integram as bases do ordenamento jurídico e processual brasileiro, as diretrizes antecipadas de vontade servem de parâmetro para avaliação do desejo do paciente, desde que, no momento de lavrar o seu testamento vital, tenha o feito com pleno exercício da capacidade. Aponta Souza (2022, p. 123) que as diretrizes antecipadas é um documento confeccionado por pessoa maior e capaz que dispõe sobre as diretrizes dos tratamentos médicos que lhe serão submetidos quando ausente sua manifestação de vontade pela degradação da sua condição enferma.

Apesar de não haver regulamentação específica, o testamento vital encontra respaldo constitucional nos princípios da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III) e na proibição ao tratamento desumano (artigo 5º, III). Em analogia, ainda, aplicáveis são as normas jurídicas extraídas das disposições acerca do testamento patrimonial, conforme o artigo 1.857, *caput*, e artigo 1.861 do CC/2002, que preveem a possibilidade de toda pessoa capaz de dispor do seu acervo patrimonial e que a incapacidade superveniente não invalida o testamento e as suas disposições.

Nos diálogos sobre o tema, o receio e repúdio são verificados com maior frequência em relação ao procedimento de eutanásia - especialmente por ser uma conduta praticada por um terceiro - e do suicídio assistido, como reflexo da ojeriza generalizada ao desejo autônomo de dar fim à própria vida. Barroso e Martel (2010, p. 56), contudo, defendem que ambos os procedimentos devem ser permitidos no Brasil, mas que devem ser adotados em situações excepcionais ou em *ultima ratio* pela possibilidade jurídica da ortotanásia e dos cuidados paliativos.

Nos casos de certeza da expressão autônoma do paciente, propõe Cunha Jr. que, caso praticado com um suporte legal que garanta a proteção dos direitos e garantias fundamentais, o seu desejo em finalizar a vida deve ser respeitado (*apud* Alves; Santana; Barros, 2024, p. 6). Entretanto, na dúvida, deve-se optar pela continuidade do tratamento à proporção que repudia-se a eutanásia “não voluntária”,

verificada nas hipóteses de ausência de conhecimento acerca da vontade do paciente em continuar vivo ou não. Isto, com o fito de priorizar a vontade do usuário e afastar a incidência de terceiros numa decisão crucial que é o fim da própria vida.

Destarte, é essencial a inteligente padronização de protocolos de ordem ética e respeitosa, podendo-se utilizar do direito comparado para regulamentação nacional. A legislação Austríaca que regulamenta o suicídio assistido é rigorosa, ao impor requisitos cumulativos para realização do procedimento: ser pessoa maior de dezoito anos, em estado terminal ou com condição permanente e debilitante; avaliação do quadro clínico do enfermo por dois médicos - ao menos um com especialização em medicina paliativa - que examine se o paciente está agindo de maneira independente ao decidir pelo suicídio (Sampaio; Clarice, 2023, p. 77).

A França, recentemente, aprovou um Projeto de Lei que autoriza o procedimento eutanásico para os franceses e residentes no país. Ainda pendente de aprovação do Senado, a proposta condiciona a realização da eutanásia à expressa, livre e informada vontade do paciente com doença grave e incurável em estágio avançado e terminal que lhe provoque sofrimento físico ou psicológico<sup>6</sup>.

A Colômbia, o único país latino-americano com regulamentação da morte assistida, também a permite nas hipóteses de adultos com doenças terminais que provoquem, necessariamente, dor irremediável e sofrimento perpétuo, desde que acompanhados por médico especializado, advogado, psiquiatra e psicólogo (Sampaio; Clarice, 2023, p. 80) para garantir segurança jurídica ao procedimento.

No aspecto da dignidade humana, Barroso e Martel (2010, p. 55) sustentam que a defesa da autonomia, escolha e liberdade do enfermo não decide o resultado final. Isto porque o paciente tem um leque de possibilidades jurídicas que podem ser disponibilizadas com a legalização da morte assistida, a exemplo da maximização do prolongamento da vida ou a suspensão do prolongamento artificial para abreviá-la. Além disso, é um direito do enfermo o ato de querer morrer e estar só, como aponta Ribeiro (2006, p. 1753).

Sob esta premissa, reitera-se a essencialidade do respeito à liberdade de escolha do indivíduo, inclusive se esta for a de continuar padecendo. Nestes casos, a obstinação terapêutica e os demais procedimentos devem ser mantidos, mas sua

---

<sup>6</sup> Eutanásia: deputados da França aprovam texto que autoriza procedimentos de morte assistida. Disponível em:

<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2025/05/27/deputados-da-franca-aprovam-lei-que-autoriza-a-eutanasia.ghtml>. Acesso em 28/06/2025.

fundamentação não parte de uma decisão alheia, mas de ordem pessoal que justifica a submissão do usuário a um outro (Batista; Schramm, 2008, p. 210).

Destarte, é evidente a importância da razão e do poder do ser humano se orientar por uma racionalidade prática que torne possível o exercício da autodeterminação. Contudo, segundo Barroso (2010, p. 16), inexistente uma razão humana que seja plenamente objetiva e isenta de subjetividade em seus múltiplos fatores. Apesar disso, o respeito às decisões alheias deve ser promovido de modo que, por mais que na visão do observador aquelas não sejam as mais acertadas ou adequadas, que os sujeitos não sejam impedidos de praticar seus próprios atos. Afinal, as decisões humanas se fundamentam na busca por uma qualidade e todos os seres têm o mesmo direito de tentativa.

Maria Júlia Kovács, nesta conjuntura, propõe que a morte seja pauta de aulas no ensino fundamental e médio, bem como inseridas no currículo das faculdades de medicina (*apud* Dreher, 2018, p. 19). Nas palavras de Floriano de Lemos, as academias de saúde muito têm se ocupado no debate acerca do “direito médico de curar”. Entretanto, a cura não é um atributo do profissional de saúde, mas um processo orgânico natural do próprio organismo do enfermo que visa o retorno à um estado saudável. Na sua concepção, apenas há um direito médico, o de tratar (*apud* Cocicov, 2008, p. 71).

Barroso e Martel (2010, p. 60), em adição, mencionam um tema pouco conhecido e discutido no Brasil: os Comitês Hospitalares de Bioética, que são órgãos colegiados multidisciplinares que funcionam como um “fórum”, com membros de diversas áreas da saúde, assim como juristas, teólogos e demais representantes da comunidade com o objetivo discutir dilemas morais e conflitos apresentados, após provocação. Com o seu desenvolvimento, maior engajamento e debates serão postos na prática, com representantes de todos os grupos sociais envolvidos.

De um lado, as sugestões tratam-se de uma tentativa de desbanalização da vida - para valorá-la e vivê-la com presença e intensidade - e da morte, de modo a aceitá-la e permitir a sua opção como exercício da dignidade humana no decesso. De outro, há o descolamento da conduta paternalista e impositiva das relações interpessoais na área da saúde, que valoriza o consentimento livre e esclarecido do usuário em detrimento de exigências médicas ou estatais.

Por todo o exposto, além da dignidade como autonomia dever ser usada no contexto de morte com intervenção por sua prevalência no âmbito jurídico, há

também um fundamento filosófico mais elevado: o indivíduo é um ser moral, capaz de fazer escolha e assumir a responsabilidade sobre seus efeitos (Barroso; Martel, 2010, p. 63). A autodeterminação das condutas humanas fundamenta a dignidade no decesso: uma morte sem dor, sem angústias, sem arrependimentos e, em especial, nos moldes da vontade de seu titular. Sem imposições e interferências alheias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que o anjo da morte pode nos ensinar é como viver de verdade. (Ruiz, 2024, p. 96).

A permissão e a regulamentação da morte assistida no Brasil depende de fenômenos autônomos, refletidos na necessidade de valoração da vida humana e o afastamento do fenômeno de banalização atualmente experienciado, que desvia a reflexão individual sobre a morte, exaspera a alienação da dor e do sofrimento e, com efeito, o exercício de dignidade em vida.

Outrossim, os fenômenos heterônimos são essenciais à promoção de um processo de morte mais digno e coerente em relação à autonomia do enfermo com doenças graves, em condição vegetativa ou terminal, ou sem possibilidades terapêuticas disponíveis. Dentre os quais, foram citados a necessidade de apoio às decisões do enfermo pela sociedade, no âmbito da empatia e da compaixão com a dor e o sofrimento experienciado em seus múltiplos aspectos.

Num contexto em que a vedação e à condenação ao suicídio tem como fundamento valores morais baseados na ideia de que a vida não pertence à pessoa (Kovacs, 2013, p. 76), do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III, Constituição Federal de 1988) extrai-se o fundamento da autonomia do titular para garantia de manifestação da sua essência exclusiva e particular, que é promovida e exercida através de faculdades materiais e jurídicas à sua disposição.

Por ser um direito a busca pela felicidade e por qualidade de vida - cuja legitimidade conceitual é do próprio indivíduo - para autorrealização até o último momento de existência, evocou-se a discussão acerca da viabilidade dos procedimento eutanásico e do suicídio assistido, que podem ser optados em *ultima ratio*, em complemento às alternativas disponíveis no contexto de prognóstico do fim da vida, como a ortotanásia e os cuidados paliativos.

Nesta conjectura, na dignidade da pessoa humana, encontra-se o fundamento para a permissão da morte assistida no Brasil, desde que presentes seus conteúdos e elementos mínimos. No primeiro momento, com a laicidade no discurso, exceto em relação aos valores morais frequentes nas religiões, que trazem consigo o ideal de amor, compaixão e integração humana; No segundo, a neutralidade política com a ausência das teorias simplória dos “ismos” - tais como o liberalismo, o socialismo ou o capitalismo - e sua evocação nos discursos para resolução de questões morais

complexas e existenciais; no terceiro, com a não ambição civilizatória, que traz a ideia de que deve haver a imposição de valores de uma sociedade à outra. No contexto, reitera-se que as conquistas pretendidas não são predominantemente externas, mas realizadas no âmbito das ideias e do espírito daquele que enfrenta uma situação de morte iminente.

No plano do valor intrínseco da pessoa humana, é possível defender a morte voluntária com a ratificação da posição privilegiada do ser humano em relação aos outros seres, com a aplicação dos postulados anti-utilitaristas e anti-autoritários. Destarte, a manutenção do indivíduo com a obstinação terapêutica, quando contrária à sua vontade e crenças, geralmente o qualifica como um meio de satisfação alheia. Nas condições de diagnóstico de morte iminente, a qualidade de vida e o alívio do sofrimento, em verdade, são questões éticas e humanitárias.

No plano da autonomia, retorna-se ao conceito originário de que o indivíduo tem o mesmo poder de um Estado: o de autodeterminar-se; o direito de conduzir e desenvolver a própria vida e personalidade, fazendo valorações morais e escolhas, sem quaisquer interferências e imposições de terceiros. No âmbito da morte voluntária, há validade e eficácia para o consentimento genuíno, informado e livre de privações materiais, bem como privações psíquicas. Afinal, o indivíduo, como um ser racional e moral, é capaz de fazer escolhas e assumir a responsabilidade sobre os seus atos e os efeitos advindos.

No plano do valor comunitário e o aspecto heterônomo da dignidade, prevalece a concepção de que deve haver prevalência das escolhas individuais quando em confronto com os terceiros envolvidos. Por mais que deva-se proteger o indivíduo de si mesmo nas situações de humilhação e estigmatização, o seu aspecto de autodeterminação deve ser preservado, avaliando as possíveis privações materiais e psíquicas que subliminarmente fundamentam as suas decisões. Destarte, é o indivíduo o sabedor dos limites da suportabilidade do seu próprio corpo e o seu desejo de pôr fim ao sofrimento e à dor não devem ser barrados por terceiros, que não experienciam na prática o seu quadro clínico.

Por fim, reitera-se que a legitimidade da morte voluntária ou assistida não traz consigo o incentivo ao suicídio, ao passo que o pensamento em contrário é ausente de intelectualidade. São fenômenos com causas e efeitos diversos. Enquanto que a primeira se fundamenta na insuportabilidade da dor como consequência do seu quadro clínico irreversível, o segundo tem como finalidade matar a depressão e o

sofrimento humano em razão de transtornos psíquicos do indivíduo e fatores associados ao seu ambiente sociocultural. No ideal suicida, não é desejada a morte, mas a vida sem a depressão e as causas que a geraram.

Assim como a vida, a morte não pode continuar sendo banal. O decesso causado pelo descaso e angústia do indivíduo, por não ter acesso aos tratamentos, por não ser visto pelo Estado e pela sociedade. São as mortes escamoteadas, consumadas nos leitos hospitalares, sem a consideração da vontade do indivíduo controlado por aparelhos e sedativos, bem como as ocorridas fora dos hospitais, decorrentes da violência, das chacinas, do suicídio, das guerras, da fome, da pobreza e sua interrelação com a negligência e os maus-tratos institucionais.

Outrora, a morte deve passar de um fenômeno rotineiro, computado, oculto e banalizado para um evento digno, humano e particularizado. Ao tornar o anjo da morte um companheiro cotidiano, relembra-se diariamente a finitude natural da existência humana, que tem como efeito o estado presente de consciência de que a vida merece ser vivida com dignidade, com todo o seu esplendor e intensidade - um viver de verdade. O processo de morte também merece ser vivido com dignidade - um morrer de verdade, humana e dignamente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Estefane; SANTANA, Paulo; BARROS, Peter. Prática da eutanásia com o intuito de promover a morte digna de pacientes terminais. **Revista JusHomini**, Feira de Santana, v. 3, nº 2, 2024. Disponível em: <https://jushomini.com.br/wp-content/uploads/2024/09/PRATICA-DA-EUTANASIA-COM-O-INTUITO-DE-PROMOVER-A-MORTE-DIGNA-DE-PACIENTES-TERMINAIS.pdf>. Acesso em: 23 maio 2025.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Luciano Ferreira de Souza. São Paulo: Martin Claret, 2015.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia. A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Fim da Vida. **Revista da EMERJ**, v. 13, nº 50, p. 19-63, 2010. Disponível em: [www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista50/Revista50\\_19.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_19.pdf). Acesso em: 11 maio 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Dez. 2010. Disponível em: [https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf). Acesso em: 02 jul. 2025.

BATISTA, Carlos Roberto; FERNANDES, Aline Rosa. Homicídios e a banalização da vida. **Revista Científica da Faculdade Quirinópolis**, v. 1, nº 11, p. 100-115, 2021. Disponível em: <https://recifaqui.faqui.edu.br/index.php/recifaqui/article/view/57>. Acesso em: 02 jul. 2025.

BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, nº 1, p. 111-119, jan./fev. 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/26398526\\_Conversacoes\\_sobre\\_a\\_boa\\_morte\\_o\\_debate\\_bioetico\\_acerca\\_da\\_eutanasia](https://www.researchgate.net/publication/26398526_Conversacoes_sobre_a_boa_morte_o_debate_bioetico_acerca_da_eutanasia). Acesso em: 17 maio 2025.

BIAGI, Nathalia; DUARTE, Cíntia *et al.* Suicídio: diversos olhares da Psicologia. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, v. 5, nº 1, p. 77-92, 2004. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/215321395/Suicidio-Diversos-Olhares-Da-Psicologia>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 2191, 05 fev. 1997. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm). Acesso em: 02 jul. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, p. 23.911, 31 dez. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, p. 19.699, 13 out. 1941. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012**. Novo Código Penal. Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3515262&ts=1730150369744&disposition=inline>. Acesso em: 6 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF: **STF**, 2012. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

CAMUS, Albert. **O Mito de Sísifo**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2019.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal – Volume 2 – Parte Especial**: arts. 121 a 212. 25ª ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2025.

CARVALHO, Gisele Mendes; SALDANHA, Rodrigo Róger; MUNEKATA, Larissa Yuke. Breves considerações sobre a mistanásia e o caso do Hospital Evangélico de Curitiba - PR, Brasil. **Opinião Jurídica**, v. 15, nº 29, p. 223-242, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94545771012>. Acesso em: 04 jun. 2025.

CARVALHO, Alexandre. **Pulsão de morte – Você contra a sociedade**. Revista Superinteressante. Disponível em: <https://super.abril.com.br/especiais/pulsao-de-morte-voce-contra-a-sociedade/>. Acesso em: 17 maio 2025.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: Fatores Inconscientes e Aspectos Socioculturais: uma introdução. São Paulo: Editora Blucher, 2017.

COCICOV, Giovanny. Ortotanásia: Contribuições dos Direitos de Personalidade à Dignidade da Morte. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 8, nº 1, p. 63-79, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/720>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.931/2009. Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 90, 24 set. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010>. Acesso em: 02 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.173/2017. Define os critérios de diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 274-276, 15 dez. 2017. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2173\\_2017.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2173_2017.pdf). Acesso em: 02 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.480/1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18.227-18.228, 21 ago. 1997. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1480\\_1997.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1480_1997.pdf). Acesso em: 02 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 138-139, 17 nov. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 02 jul. 2025.

DREHER, Sofia Cristina. **Sobre a Dignidade no Processo do Morrer**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2040>. Acesso em: 29 maio 2025.

EPICTETO. **A arte de viver**. Barueri, SP: Camelot, 2021.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

FARIAS, Ernesto. **Dicionário Escolar Latino-Português**. 5ª ed. Rio de Janeiro: FENAME, 1975.

GOUVÊA, Gisele Gomes; DEVAL, Rafael Antônio. O Direito de Morrer e a Dignidade da Pessoa Humana. **Revista CEJ**, Brasília, ano XXII, nº 75, p. 51-58, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2209>. Acesso em: 22 jun. 2025.

JACQ, Christian. **A Sabedoria viva do antigo Egito**. Tradução de Maria Helena Kuhner. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Inês A. Lohbauer. São Paulo: Martin Claret, 2018.

KIPPER, Délio José. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. **Revista Bioética**, v. 7, nº 1, 03 nov. 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/294](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/294). Acesso em: 5 jan. 2025.

KOVÁCS, Maria Júlia. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, nº 3, p. 69-82, set./dez.2013. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-3687201300030005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687201300030005). Acesso em: 29 maio 2025.

LEWIS, C.S. **Cartas de um diabo a seu aprendiz**. Tradução de Gabriele Greggersen. 1ª ed. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2017.

LIVRAGA, Jorge Angel; SCHWARZ, Fernando. **Buda e a Sabedoria do Oriente**. Brasília: Nova Acrópole, 2010.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo civil: e outros escritos: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil**. Tradução de Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. Introdução de J.W. Gough. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

NALINI, José Renato. **Ética Geral e Profissional**. 7ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

NALINI, José Renato. **Ética Geral e Profissional**. 12ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

MACHADO, Daniel Alves (org.). **Dhammapada**. Tradução de Natã de Oliveira. Brasília: Editora Kiron, 2010.

MACIEL, Maria Goretti *et al.* **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MARTEL, Letícia de Campos Velho. **Direitos Fundamentais Indisponíveis – Os Limites e os Padrões do Consentimento para a Autolimitação do Direito Fundamental à Vida**. Tese (Doutorado em Direito Público) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/2110>. Acesso em: 1º maio 2025.

MARTINS, Flávio. **Curso de Direito Constitucional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2021.

PELUSO, Cezar. **Código Civil comentado: doutrina e jurisprudência: Lei nº 10.406 de 10.01.2002**. 17ª ed. Santana de Parnaíba/SP: Manole, 2023.

PÖPPELMANN, Christa. **Dicionários de máximas e expressões em latim**. Tradução de Ciro Mioranza. São Paulo: Editora Escala, 2010.

PRESSFIELD, Steven. **Como Superar seus Limites Internos**: aprenda a vencer seus bloqueios e suas batalhas interiores de criatividade. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. Prefácio à edição brasileira Lúcia Helena Galvão. 1ª ed. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 2021.

SAMPAIO, Lua; LIMA, Clarisse. Suicídio Assistido: Uma Análise Comparada. **DIGE - Direito Internacional e Globalização Econômica**, v. 10, nº 10, p. 73-87, 2023. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/DIGE/article/download/60034/41609>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SÊNECA, Lúcio Anneo. **Aprendendo a viver**. Tradução de Lúcia Sá Rebello. Porto Alegre: L&PM, 2020.

SÊNECA, Lúcio Anneo. **Da vida retirada; Da tranquilidade da alma; Da felicidade**. Tradução de Lúcia Sá Rebello e Ellen Itanajara Neves Vranas. Porto Alegre: L&PM, 2019.

SÊNECA, Lúcio Anneo. **Sobre a brevidade da vida**. Tradução de William Li. 1º ed. São Paulo: Ateus.net, 2019.

SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida P. **Direito Médico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Método, 2022.

SUY, Ana. **A gente mira no amor e acerta na solidão**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2022.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, nº 8, p. 1749-1754, ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2017.

TOLSTOI, Liev. **De Quanta Terra Precisa o Homem? e outras Histórias**. Traduzido por Patrícia N. Rasmussen. Jandira, SP: Principis, 2021.