

INTERRUPÇÃO DE SUPORTES ARTIFICIAIS DE VIDA: UM DEBATE ÉTICO, JURÍDICO-CONSTITUCIONAL E PENAL

Lívia Cardoso Louzada¹

Resumo: O presente artigo resulta da pesquisa desenvolvida no âmbito do meu mestrado, cujo objetivo central foi investigar, de forma aprofundada, os limites e as implicações jurídico-penais da interrupção de suportes artificiais de nutrição e hidratação. Contudo, neste trabalho optou-se por adotar um escopo mais amplo, contemplando todos os tipos de suportes artificiais de vida, ficando a análise específica das questões relativas à nutrição e hidratação artificiais reservada para outra ocasião. A reflexão aqui apresentada sintetiza o percurso metodológico adotado, os principais debates teóricos enfrentados — destacando os dilemas éticos, jurídico-constitucionais e penais — e as conclusões alcançadas, com o propósito de contribuir para o aprofundamento das discussões sobre autonomia individual e sua repercussão na deontologia médica e no direito penal-constitucional.

Palavras-chave: Autonomia individual; Bioética; Responsabilidade penal médica.

Abstract: This article is the result of research carried out as part of my master's degree, whose main objective was to investigate, in depth, the legal and criminal implications and limits of discontinuing artificial nutrition and hydration. However, this particular work adopts a broader scope, encompassing all types of artificial life support, with the specific analysis of issues related to artificial nutrition and hydration reserved for another occasion. The reflection presented here synthesizes the methodological approach taken, the main theoretical debates addressed — highlighting the ethical, constitutional, and criminal dilemmas — and the conclusions reached, aiming to contribute to the deepening of discussions on individual autonomy and its impact on medical deontology and constitutional criminal law.

Keywords: Individual autonomy; Bioethics; Medical criminal liability.

¹ Doutoranda e Mestra em Direito pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Direito e Processo Penal pela ABDConst.

INTRODUÇÃO

Os suportes artificiais de vida consistem em tecnologias voltadas ao prolongamento artificial da existência, permitindo a sustentação de funções vitais que o organismo do paciente, de forma independente, já não é capaz de manter. Por serem fundamentais à preservação da vida desses indivíduos, a possibilidade de sua interrupção suscita intensos debates, marcados por elevada complexidade ética e jurídica.

No campo da deontologia médica, essa discussão insere-se em um antigo embate entre duas concepções distintas. De um lado, encontra-se uma corrente que defende a promoção absoluta da vida, ainda que em descompasso com a vontade do paciente; de outro, há uma orientação que confere primazia à autonomia do enfermo, compreendendo que é o consentimento livre e informado – manifestação legítima da autodeterminação individual – que deve autorizar e legitimar qualquer intervenção médica, ainda que implique a cessação de medidas de suporte vital.

No plano jurídico-constitucional, o cerne da controvérsia reside na definição dos contornos da autonomia individual e na delimitação do grau de disponibilidade da vida humana. À luz de uma perspectiva mais conservadora, a vida é concebida como um bem jurídico absoluto e indisponível, cuja proteção prevalece sobre a autodeterminação pessoal. Em sentido oposto, uma corrente doutrinária mais contemporânea sustenta que a autonomia, enquanto expressão da liberdade individual, constitui direito subjetivo que não pode ser limitado por critérios externos ao próprio sujeito, sendo este, portanto, livre para dispor de seus bens jurídicos, inclusive da própria vida.

Já na esfera penal, a doutrina tradicional, embora reconheça a lacuna legislativa sobre o tema, costuma interpretar a interrupção de suportes vitais — ainda que respaldada por consentimento válido — como fato típico, subsumível às hipóteses de homicídio por omissão (art. 121 c/c art. 13, § 2º, do Código Penal). Em contraposição, parte da doutrina penal contemporânea, embora ainda minoritária, advoga que, quando presente o consentimento válido do enfermo, a cessação do tratamento não deve ser tida como conduta penalmente relevante, afastando-se, assim, a responsabilização do profissional de saúde.

Diante do cenário delineado, o presente estudo tem por escopo examinar criticamente a problemática da interrupção médica de suportes vitais a partir de três perspectivas distintas — ética, jurídico-constitucional e penal — com o intuito de apurar se, e em que medida, os argumentos sustentados pelas correntes tradicionais ainda se mantêm no contexto ético e jurídico atual. Para tanto, serão inicialmente expostas as principais correntes doutrinárias clássicas existentes em cada uma dessas esferas (itens 1.1, 2.1 e 3.1), e, na sequência de cada um delas, serão apresentadas as principais objeções (itens 1.2, 2.2, 3.2). Ao final, será elaborada uma conclusão com base na análise crítica desenvolvida.

1 A DIMENSÃO DEONTOLÓGICA

No campo da deontologia médica, a discussão sobre a possibilidade de interrupção dos suportes artificiais de vida coloca em evidência uma delicada e complexa questão: até que ponto a vontade do paciente deve condicionar a atuação médica, sobretudo em situações-limite nas quais a abstenção terapêutica implica risco concreto e irreversível à preservação da vida. Diante desse cenário, duas indagações se impõem com particular relevância: quais são os fundamentos que legitimam as intervenções médicas? E o paciente detém o direito de recusar a submissão a suportes vitais?

A literatura especializada oferece respostas plurais a tais questionamentos, que, no entanto, tendem a se concentrar em duas grandes linhas argumentativas. A primeira delas, alicerçada nos princípios da ética hipocrática tradicional, sustenta que, uma vez reconhecida a indicação terapêutica, o médico detém um dever — ou até mesmo um direito profissional — de intervir segundo os parâmetros técnicos da *lex artis*, independentemente da aquiescência do paciente. Já a segunda corrente, orientada pelo primado da autonomia individual, postula que o dever de cuidado médico deve ser conformado às finalidades terapêuticas traçadas pelo próprio paciente, sendo o consentimento — expresso ou presumido — o elemento legitimador de qualquer conduta médica.

Assim, o embate entre essas correntes transcende o plano meramente técnico e revela um conflito paradigmático entre dois modelos de medicina: um centrado no

saber e na autoridade médica, outro fundado na autodeterminação e na dignidade do sujeito.

1.1. A POSIÇÃO TRADICIONAL

A primeira corrente encontra respaldo histórico na chamada ética hipocrática — ou ética do cuidado —, cuja origem remonta ao célebre *Juramento de Hipócrates*² e que se consolidou como matriz dominante da prática médica ocidental por séculos. Nessa concepção, o médico, por ser o depositário exclusivo do saber técnico-científico³, assume uma posição de autoridade hierárquica na relação terapêutica, o que lhe confere não apenas a prerrogativa, mas também o dever de decidir, em nome do paciente, as condutas clínicas mais adequadas ao seu tratamento⁴. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que valoriza primordialmente o *beneficium* — o fazer o bem —⁵, ainda que à revelia da vontade expressa do enfermo, sob o fundamento de que este não disporia das condições cognitivas e técnicas necessárias para deliberar corretamente sobre sua própria saúde.

Sob essa perspectiva, ainda predominante na prática médica contemporânea, é o dever originário de cuidado, atribuído ao profissional de saúde, que confere

² Datado do século V a.C., o Juramento de Hipócrates constitui o escrito mais emblemático do *Corpus Hippocraticum*, conjunto de cinquenta e três tratados atribuídos à escola hipocrática, responsável por estabelecer os fundamentos éticos que nortearam a prática médica por muitos séculos. Até os dias atuais, seus princípios continuam a exercer relevante influência normativa sobre a conduta dos profissionais da saúde. Representando um divisor de águas na história da medicina ocidental, o *Corpus Hippocraticum* consolidou a ruptura com as concepções mágico-religiosas predominantes nas tradições egípcia e babilônica, ao substituir práticas baseadas em feitiçaria por uma abordagem voltada à observação empírica e à racionalidade científica. BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. 2012. 271 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acesso em: 02 set. 2023, p.16.

³ CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal*: Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda. Granada: Comares, 2009, p. 8.

⁴ Sobre o poder decisório do médico na ética hipocrática, cf. GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico. In: COSTA, Faria (et al.). *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade*. Coimbra: Studia, 2017, pp. 643-669, p.644.

⁵ No âmbito da ética hipocrática, vigora a máxima *salus aegroti suprema lex*, segundo a qual a preservação da saúde do paciente configura-se como o princípio supremo que deve orientar a prática médica. GRECO; SIQUEIRA, op. Cit., p.644. Inserida nesse paradigma, a atuação do profissional da saúde fundamenta-se, sobretudo, em dois pilares ético-normativos: o princípio da beneficência, que impõe o dever de promover o bem-estar e atuar em prol da cura; e o princípio da não maleficência, que vedava a adoção de condutas potencialmente lesivas, impondo ao médico a obrigação de evitar causar danos ao enfermo. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013, p. 202-203.

legitimidade às intervenções terapêuticas⁶. A vontade do paciente, nesse modelo, ocupa posição secundária, na medida em que a atividade médica é orientada, primordialmente, pelo princípio da beneficência⁷. Assim, admite-se que o médico esteja eticamente autorizado a instituir ou a manter em funcionamento suportes artificiais de vida, mesmo diante de eventual recusa expressa do paciente, sob o argumento de que tal conduta visa à preservação de um bem maior: a própria existência.

A posição tradicional, portanto, acolhe, com relativa naturalidade, um modelo de intervenção marcadamente paternalista⁸, ao legitimar a atuação médica dissociada da vontade expressa do paciente. Essa concepção repousa sobre a premissa de que o médico, por deter saber técnico-científico especializado, ocupa uma posição de autoridade epistêmica e moral, apta a guiá-lo na identificação da melhor conduta terapêutica⁹ — tal como um pai que, presumindo agir no melhor interesse do filho, decide por ele.

Como consequência da adesão a esse paradigma, sustenta-se que os pacientes não detêm um direito subjetivo de recusar tratamentos considerados indispensáveis à preservação da vida¹⁰. Assim, ao médico não seria lícito interromper tais terapias, ainda que diante de manifestação contrária do enfermo, uma vez que a preservação da vida se sobreporia à vontade individual.

A única exceção admitida por essa vertente doutrinária diz respeito às situações em que o paciente se encontra em estado terminal. Nessas hipóteses, admite-se a possibilidade de omissão terapêutica por parte do médico, especialmente quando a manutenção artificial da vida apenas prolonga o processo de morrer, sem oferecer perspectivas de recuperação. Tal permissivo ético encontra respaldo normativo no

⁶ GRECO; SIQUEIRA, *op. Cit.*, p.643.

⁷ SANTIN, Janice *Dever de esclarecimento médico no direito penal. A concretização do consentimento baseado na autonomia do paciente.* São Paulo: Marcial Pons, 2020, p. 42.

⁸ Sobre o paternalismo, ver: MILL, John Stuart. *On Liberty*. Reimpressão. Wroclaw: Amazon Fulfillment, 1859; FEINBERG, Joel. *Harm to Self. The moral limits of Criminal Law*. v. 3. New York: Oxford University Press, 1986; MARTINELLI, João Paulo Orsini. *Paternalismo jurídico-penal: limites na intervenção do Estado na liberdade individual pelo uso das normas penais.* São Paulo: LiberArs, 2015; DWORKIN, Gerald. *Paternalismo*. Trad. João Paulo Orsini Martinelli. *Revista Justiça e Sistema Criminal*, Curitiba, v.4, n.6, pp. 7-25, jul./dez., 2012.

⁹ BEIER, Mônica; IANNOTTI, Giovano de Castro. Paternalismo e o juramento hipocrático. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 1, pp.383-389, dez., 2010, p. 384.

¹⁰ No campo científico, na defesa de uma ética hipocrática e paternalista, cf. MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. *Curso de Bioética e Biodireito*. São Paulo: Atlas, 2015, p. 379; FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 220; POLICASTRO, Décio. *Pacientes e médicos: seus direitos e responsabilidades*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016, pp. 86-88.

próprio Código de Ética Médica — notadamente no parágrafo único do artigo 41¹¹ —, bem como na Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina¹², que disciplina a prática da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro.

1.2. OBJEÇÕES

A partir da segunda metade do século XX¹³, os paradigmas éticos tradicionais, pautados na centralidade da autoridade médica, passaram a ser progressivamente questionados, abrindo caminho para uma profunda transformação na relação médico-paciente. Nesse novo horizonte, consolidou-se uma ética voltada à valorização da autonomia individual, na qual o paciente é reconhecido como um sujeito racional, portador de dignidade e capaz de autodeterminação¹⁴. Tal mudança implicou uma ruptura significativa com o modelo paternalista até então dominante, conferindo ao paciente o direito de participar ativamente das decisões sobre os tratamentos que lhe dizem respeito¹⁵. A chamada ética da autonomia, assim, promoveu uma verdadeira emancipação do paciente, que deixou de ser tratado como mero objeto passivo da prática médica para se tornar agente protagonista do cuidado em saúde¹⁶.

¹¹ É vedado ao médico: (...)

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

¹²Art. 1 - É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. § 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário. § 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

¹³ Os paradigmas médicos tradicionais foram fortemente questionados após os abusos cometidos por médicos no regime nazista, como as experiências forçadas em seres humanos e o programa de eutanásia. Esses eventos revelaram os perigos de uma medicina sem limites éticos e impulsionaram a formulação de normas internacionais, como o Código de Nuremberg (1947), que passou a exigir o consentimento livre e esclarecido, consolidando a centralidade da autonomia do paciente na prática médica. SIQUEIRA, Flávia. O direito do paciente à recusa de tratamentos e procedimentos. In: Nelma Melgaço, Aline Albuquerque. (Org.). *Direito do Paciente: formação e atualização*. Ponta Grossa: Atena, pp.69-65, 2023, p. 69.

¹⁴ SANTIN, Janice. *Dever de esclarecimento médico no direito penal*, p.46. Sobre o desenvolvimento da autonomia e do consentimento informado da deontologia médica, cf. FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, pp. 125-126.

¹⁵ KASECKER, Izabele. A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento pelo paciente menor de idade ou por seu representante legal. In: ESTELLITA, Heloisa; SIQUEIRA, Flávia. *Direito penal da medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2020, pp. 79-99, p.82.

¹⁶ SANTIN, op. Cit., p. 42.

A promoção da saúde do paciente, outrora erigida como finalidade suprema da medicina, cedeu espaço, gradualmente, à primazia do respeito à vontade do enfermo, consagrada na expressão *voluntas aegroti suprema lex*¹⁷. Nessa perspectiva, a atuação médica deixa de ser guiada por um suposto direito originário de tratar, passando a ser compreendida como um dever condicionado não apenas à eficácia científica dos meios disponíveis, mas, sobretudo, à conformidade com os objetivos terapêuticos estabelecidos ou autorizados pelo próprio paciente, enquanto sujeito autônomo.

A autonomia, considerada como manifestação de um direito fundamental de índole individual, representa a faculdade de o sujeito construir e seguir sua própria escala de valores, orientando suas escolhas conforme critérios pessoais de sentido e finalidade. Nas palavras de Greco e Siqueira, trata-se de um verdadeiro *meta-valor*, por assegurar ao indivíduo “o direito de hierarquizar valores segundo seus próprios critérios”¹⁸. Por essa razão, a autonomia não se submete legitimamente a juízos externos de ponderação que pretendam relativizá-la com base em valores heterônomo, sob pena de esvaziar seu conteúdo essencial e descharacterizá-la como expressão autêntica da liberdade individual¹⁹. No âmbito médico, essa prerrogativa se concretiza no direito do paciente de deliberar sobre as intervenções que incidem diretamente sobre seus bens jurídicos personalíssimos — como o corpo, a saúde e a vida —, configurando, assim, o exercício pleno da autodeterminação.

O ponto de partida mais adequado para se determinar o fundamento legítimo das intervenções médicas reside na premissa de que, em um modelo ético que privilegia o respeito à autonomia do paciente capaz de consentir, apenas este detém o poder de autorizar intervenções em seu próprio corpo. Desse princípio decorre que o consentimento informado e válido constitui o único elemento legitimador das práticas médicas²⁰.

Nesse sentido, assegura-se ao indivíduo não apenas o direito de escolher os tratamentos aos quais deseja se submeter, mas também, de forma inversa, o direito

¹⁷ COSTA ANDRADE, Manuel da Costa. Direito penal médico em mudança. *Cavaliers de Defense Sociale*, p. 89-95, 2002, p. 36.

¹⁸ GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. *Promoção da saúde ou respeito à autonomia*, p.654.

¹⁹ *Ibid.*, p. 655.

²⁰ O consentimento é, em verdade, “a principal expressão da liberdade e da autonomia individual e encontra-se fundamentado na dignidade da pessoa humana, que pode ser definida como a capacidade de autodeterminação da pessoa segundo a sua vontade”. LUCA, Heloiza Meroto de. O consentimento do ofendido à luz da teoria da imputação objetiva. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. v. 100, pp. 739-815, jan./dez., 2005, p. 745.

de recusá-los. A recusa consciente equivale à negação de qualquer autorização para a realização de procedimentos, impondo ao profissional de saúde o dever de abster-se de intervir, ainda que a omissão venha a resultar no agravamento do quadro clínico ou na morte do paciente²¹. Tal dever decorre diretamente da obrigação de não interferir na esfera corporal alheia sem prévio e válido consentimento²².

Não obstante sua centralidade no discurso bioético, o exercício da autodeterminação não se dá de forma absoluta, estando condicionado à validade da decisão tomada pelo paciente. Para que uma manifestação de vontade possa ser qualificada como autenticamente autônoma, exige-se o preenchimento de determinados requisitos, de ordem volitiva, cognitiva e situacional²³. Nesse sentido, a literatura especializada identifica quatro elementos fundamentais: (i) a capacidade para consentir, isto é, a aptidão do indivíduo para compreender e avaliar as implicações da decisão; (ii) a liberdade na formação da vontade, sem coações externas que possam comprometer a escolha; (iii) o acesso a informações adequadas, suficientes e compreensíveis acerca dos riscos, benefícios e alternativas do tratamento; e (iv) a manifestação da decisão em momento anterior à intervenção médica²⁴.

Desse modo, uma vez verificados os requisitos que asseguram a validade da decisão — isto é, um grau mínimo de capacidade, liberdade e informação —, impõe-se ao profissional médico o dever de respeitar a vontade do paciente. Nessas circunstâncias, a recusa consciente e informada constitui exercício legítimo do direito à autodeterminação, de modo que uma intervenção realizada sem consentimento ou em descompasso com a vontade expressa do enfermo revela-se eticamente indevida. Assim, em respeito à autonomia individual, cabe ao médico abster-se de praticar o procedimento indicado, ainda que, do ponto de vista técnico, este se afigure como o mais apropriado.

No cenário jurisprudencial brasileiro, o direito do paciente de recusar tratamentos médicos passou a receber reconhecimento mais claro e explícito. Em 25 de setembro de 2024, o Plenário do Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Recurso

²¹ SIQUEIRA, Siqueira. *O direito do paciente à recusa de tratamentos e procedimentos*, p. 78.

²² *Ibid.*

²³ GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. *Promoção da saúde ou respeito à autonomia*, p. 655.

²⁴ Para maiores detalhes acerca dos requisitos da decisão autônoma, cf. SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2019, p. 73.

Extraordinário nº 1.212.272/AL²⁵, enfrentou, à luz dos artigos 1º, inciso III; 5º, *caput*, e incisos II, VI e VIII; e 196 da Constituição Federal, a controvérsia envolvendo o direito das Testemunhas de Jeová de recusarem transfusões de sangue por razões de consciência e crença religiosa.

Ao analisar o Tema 1.069²⁶ de repercussão geral, a Corte firmou a tese de que “é permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos”. Acrescentou ainda que tal recusa deve ser manifestada de maneira “inequívoca, livre, informada e esclarecida”, inclusive por meio de diretivas antecipadas de vontade.

O voto do relator, Ministro Gilmar Mendes, destacou a centralidade da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, sublinhando o direito à decisão informada como expressão dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da privacidade e da intimidade. Com isso, reconheceu-se que o direito ao livre desenvolvimento da personalidade e à autodeterminação decorre diretamente desses fundamentos constitucionais.

Na mesma data, ao julgar o Recurso Extraordinário nº 979.742/AM²⁷ (Tema 952 de repercussão geral²⁸), o Supremo Tribunal Federal reafirmou esse entendimento, ao reconhecer que “Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa”.

Embora a conclusão firmada pela Corte tenha se restringido à recusa motivada por convicções religiosas, trata-se de avanço significativo no reconhecimento dos direitos dos pacientes no Brasil. Com efeito, é possível sustentar

²⁵ O Recurso Extraordinário nº 1.212.272 trata do caso de uma mulher, Testemunha de Jeová, com doença cardíaca grave, encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Maceió/AL para cirurgia de substituição de válvulas aórticas. Por razões religiosas, ela recusou previamente a transfusão de sangue, assinando termo de consentimento sobre os riscos do procedimento. Diante da recusa, a cirurgia foi cancelada. A Justiça local determinou que o procedimento só poderia ser realizado com a possibilidade de transfusão, diante do risco de morte. A paciente recorreu ao STF, alegando violação à sua dignidade e ao direito à saúde, sustentando que cabe ao paciente, e não ao Estado ou ao médico, a decisão final sobre os riscos do tratamento. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário n. 1.212.272/AL*. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Julgado em: 25 set. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5703626>. Acesso em: 29 set. 2024.

²⁶ Tema 1.069, STF: Direito de autodeterminação dos testemunhas de Jeová de submeterem-se a tratamento médico realizado sem transfusão de sangue, em razão da sua consciência religiosa.

²⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 979.742/AM*. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgado em: 26 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5006128&numeroProcesso=979742&classeProcesso=RE&numeroTema=952>. Acesso em: 29 set. 2024.

²⁸ Tema 952, STF: Conflito entre a liberdade religiosa e o dever do Estado de assegurar prestações de saúde universais e igualitárias.

que o direito à recusa de tratamento possui fundamento mais amplo, alicerçado na autonomia e na autodeterminação da pessoa. Assim, se a legitimidade dessa recusa repousa sobretudo na capacidade do sujeito de decidir sobre o próprio corpo e destino terapêutico, o direito à renúncia não pode ser condicionado ao motivo específico da decisão — seja ele religioso, filosófico ou existencial.

2 A DIMENSÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL

No plano jurídico-constitucional, a discussão em torno da legitimidade da interrupção de tratamentos vitais confronta dois eixos centrais de tensão: de um lado, a possibilidade de se reconhecer à autonomia individual o *status* de valor absoluto ou se ela pode ser ponderada frente a outros bens constitucionais; de outro, a controvérsia acerca da (in)disponibilidade da vida como bem jurídico. Trata-se, portanto, de definir se, e em que medida, a autodeterminação do paciente pode prevalecer sobre o dever estatal de proteção da vida, especialmente em contextos nos quais sua recusa ao tratamento conduz, inevitavelmente, ao óbito.

Nesse contexto, a doutrina divide-se essencialmente em duas correntes. A primeira sustenta que a autonomia individual deve ser ponderada com outros valores constitucionais relevantes — como a vida, a saúde e a integridade física — de modo que seu exercício encontra limites mais amplos, especialmente quando contraria o dever estatal de proteção à vida. Para essa vertente, a vida é concebida como um bem jurídico supremo e, portanto, indisponível, ainda que em face da vontade consciente do titular. Em sentido oposto, a segunda corrente afirma o caráter imponderável da autonomia, concebendo-a como expressão plena da dignidade humana e, por isso, insuscetível de restrição com base em valores externos ao próprio indivíduo. Nessa perspectiva, cabe exclusivamente ao sujeito a definição de seus próprios fins existenciais, inclusive quanto à recusa de tratamentos vitais.

2.1. A POSIÇÃO TRADICIONAL

As vozes predominantes da doutrina e da jurisprudência tradicional sustentam a existência de um conflito normativo entre a autonomia individual e a proteção da vida nos casos de recusa de tratamento vital. De um lado, argumenta-se que a autonomia não constitui um valor absoluto; de outro, sustenta-se que a vida, por ser

um bem jurídico indisponível, deve prevalecer sobre qualquer manifestação de vontade contrária à sua preservação²⁹.

No Brasil, Minahim adota uma perspectiva crítica em relação à absolutização da autonomia, advertindo que a supervalorização desse princípio pode comprometer o compromisso ético e social dos indivíduos entre si³⁰. A autora questiona os riscos de uma ampliação excessiva do conceito de autonomia, ao argumentar que tal tendência pode conduzir a um cenário de "indiferença diante do outro"³¹, em que o sujeito se isola em decisões estritamente individuais, alheias ao impacto social de seus atos.

No campo médico, a primazia da autonomia sobre outros valores fundamentais — como a proteção da vida ou o exercício ético da profissão — também encontra resistência, especialmente diante das eventuais repercussões negativas sobre os profissionais da saúde. Nessa linha, Minahim sustenta que a positivação dos direitos dos pacientes, em especial o direito à autodeterminação, pode enfraquecer a autoridade técnica do médico³², produzindo efeitos desestabilizadores na relação terapêutica. Em consonância, Silva Sánchez argumenta que a consagração ampla da autonomia individual introduz um elemento de tensão na relação médico-paciente, substituindo o tradicional vínculo de confiança por uma "desconfiança calculada"³³, marcada por formalismos e receios de responsabilização jurídica.

A esse debate soma-se o argumento de que a valoração da autonomia deve ser equilibrada à luz do princípio da solidariedade. Com base na concepção aristotélica de que o ser humano é, por natureza, um animal político e social, dependente dos demais para viver e florescer, defende-se que a autodeterminação

²⁹ No *Habeas Corpus* nº 268.459/SP, o Superior Tribunal de Justiça afirmou que a autonomia não é um valor absoluto, devendo ser ponderada frente a outros princípios. Contudo, no caso analisado, tratava-se da recusa, pelos representantes legais, à transfusão de sangue em uma adolescente de 13 anos, incapaz de autodeterminação. A decisão é, portanto, duplamente equivocada: primeiro, por submeter à ponderação um direito imponderável; segundo, por não reconhecer que, no caso, sequer havia autonomia legítima a ser respeitada. Além disso, a própria decisão reforça esse entendimento ao afirmar que, em risco iminente de morte, o consentimento do paciente ou de seus familiares é prescindível, prevalecendo o valor fundamental da vida. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus* n. 268.459/SP, Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura, Sexta Turma, julgado em 2 set. 2014, Diário da Justiça Eletrônico, 28 out. 2014.

³⁰ MINAHIM, Maria Auxiliadora. *Aspectos Éticos e Jurídico-Penais da Relação Médico Paciente*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022, p. 66.

³¹ *Ibid.*

³² MINAHIM, Maria Auxiliadora. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* Brasília, v. 9, n. 1, jan./mar., 2020, p. 92.

³³ Nas palavras do autor: "a juridificação dos conflitos interpessoais (com a burocratização, neutralização e despersonalização) não tem feito senão somar novos males aos maiores já existentes". SILVA SÁNCHEZ, Jesús María. A ingerência das leis: problemas da juridicização das relações sociais. Trad. Bruno Costa Teixeira e Julio Pinheiro Faro Homem de Siqueira. *Semantic Scholar*, 2008.

encontra limites na necessidade de preservar a integridade física e a vida³⁴ — não apenas do próprio sujeito, mas também em função de seu pertencimento a um tecido comunitário. Assim, a solidariedade social impõe a cada cidadão o dever de corresponsabilidade pelo bem-estar coletivo, restringindo, em nome da coesão social, o exercício absoluto da liberdade individual³⁵.

Nessa perspectiva, a vida é compreendida como o mais fundamental dos direitos subjetivos, pois constitui a condição primeira para o exercício de todos os demais direitos³⁶. Sem a vida, não há titularidade nem possibilidade de fruição de qualquer outro bem jurídico. Assim, sob esse enfoque, o conceito de "bem-estar", frequentemente invocado, é interpretado de forma a incluir prioritariamente a preservação da vida biológica e, em certos casos, da integridade física.

Para os adeptos dessa corrente³⁷, o art. 5º da Constituição Federal de 1988³⁸, que assegura a inviolabilidade da vida, é frequentemente invocado como parâmetro constitucional para justificar a indisponibilidade desse bem jurídico. Com base nesse dispositivo, e na reconhecida vinculação entre vida e dignidade da pessoa humana, sustenta-se que a vida não pode ser objeto de renúncia pelo seu titular. A autonomia, embora reconhecida como valor relevante, não autorizaria, sob essa ótica, a formulação de um direito subjetivo à morte, salvo, segundo parte da doutrina, em situações excepcionais envolvendo pacientes terminais.

Nesse contexto, prevalece o entendimento de que há um interesse coletivo na manutenção do bem jurídico vida, mesmo contra a vontade do seu titular, devido aos impactos sociais e financeiros atrelados à morte³⁹. Ademais, entende-se que toda

³⁴ Sobre o pensamento de Aristóteles, cf. ARISTÓTELES. *Ética: Livro IX*. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

³⁵ *Ibid.*, pp. 126-127.

³⁶ PEDERNERA, Por Valentina. Autonomía y muerte digna. Argumentos para una discusión crítica a propósito de la sentencia << S. 115>> del Tribunal Superior de Córdoba. *Revista pensamento penal*. n. 494, dez. 2023, p. 5.

³⁷ A exemplo, cf. MINAHIM, Auxiliadora. O consentimento do ofendido em face de bens jurídicos indisponíveis. *Revista de Ciências Jurídicas*, v. 6., n. 1., 2008, p. 226; BUSATO, Paulo César. *Direito Penal*: parte geral. São Paulo: Atlas, 2015, p. 512; FIGUEIREDO DIAS, Jorge de. *Direito Penal*: parte geral. Tomo I: questões fundamentais, a doutrina geral do crime. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 479; JESUS, Evangelista Damásio de. *Parte especial*: crimes contra a pessoa e crimes contra o patrimônio - arts. 121 a 183 do CP. Atualização André Estefam. v. 2, 36. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020; BITENCOURT, César Roberto. *Tratado de direito penal*. v. 2, 20 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, entre outros.

³⁸ Art. 5 - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]. Grifou-se.

³⁹ BADARÓ, Tatiana. *Bem jurídico penal supraindividual*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016, p. 22.

decisão que compromete a vida é, em si, irracional e irreversível, por isso deve ser combatida.

2.2. OBJEÇÕES

A posição anteriormente descrita revela-se insustentável tanto à luz da teoria dos direitos subjetivos quanto sob a dogmática dos direitos fundamentais. Iniciando pela ótica estrutural dos direitos subjetivos, não há, nesses casos de recusa suportes artificiais, um verdadeiro conflito entre os direitos à vida e à autonomia, uma vez que a recusa consciente e informada de tratamentos médicos não configura ameaça a bem jurídico de terceiros, mas exercício legítimo de um direito individual.

A resolução de eventuais tensões entre direitos fundamentais exige, antes de qualquer ponderação, a definição precisa do conteúdo normativo de cada direito em questão. Como adverte Oliveira⁴⁰, uma análise superficial baseada apenas no confronto entre valores compromete a integridade dogmática dos direitos fundamentais, reduzindo-os a abstrações conflitantes. No caso da recusa de tratamentos vitais, é imprescindível delimitar previamente o alcance dos direitos à autonomia e à vida para verificar se há, de fato, colisão entre eles.

A autonomia compreende tanto um aspecto positivo — o poder de autodeterminação — quanto um negativo — a proteção contra ingerências indevidas. Já os direitos à saúde e à vida, como expressões dos direitos da personalidade, também possuem dupla face: garantem a proteção desses bens, mas igualmente asseguram ao titular o poder de decidir sobre sua disposição⁴¹. Isso significa que a recusa consciente de tratamentos não representa negação à vida, mas exercício legítimo de um direito individual.

Como observa Varela, todo direito subjetivo pressupõe a possibilidade de sua negação voluntária, sob pena de se converter em dever⁴². A exclusão da possibilidade de renúncia à vida transforma esse direito em obrigação de viver, o que subverte sua natureza e implica em sua negação⁴³. A Constituição protege o *direito à vida*, e não a

⁴⁰ OLIVEIRA, Renata Camilo de. Restrições às liberdades: princípio da proporcionalidade como proibição de excesso na dogmática dos direitos fundamentais. *Direitos fundamentais & Justiça*, Belo Horizonte, ano 14, n. 42, pp. 429-454, jan./jun. 2020, p. 452.

⁴¹ VARELA, João. Direito a morrer a própria morte (ou “direito à vida” ex vi art. 24, Constituição da República Portuguesa, na sua dimensão negativa). *Criminalia*, n. 1. set. 2015, p. 4.

⁴² *Ibid.*, p. 5.

⁴³ VARELA, João. *Direito a morrer a própria morte*, p. 5. Nessa linha, cf. GODINHO, Inês Fernandes. Autodeterminação e morte assistida na relação médico-paciente. In: COSTA, José de Faria;

vida em si como objeto indisponível. Dito em outros termos, a inviolabilidade prevista no art. 5º da CF/88 refere-se à proibição de agressões externas⁴⁴, e não à restrição da liberdade individual de dispor da própria existência.

A título argumentativo, observa-se que os demais direitos fundamentais previstos no art. 5, *caput*, da CF/88, como a liberdade e a propriedade, não são tratados como deveres absolutos, evidenciando que o termo “inviolabilidade” detona unicamente uma proibição de violar – isto é, de algo que é feito à força, diante da resistência ou contrariedade de alguém⁴⁵; do mesmo modo, a vida não pode ser imposta contra a vontade de seu titular. O sujeito de direitos não é mero objeto de tutela estatal.

A leitura tradicional que sustenta a indisponibilidade da vida desconsidera a estrutura dos direitos fundamentais, além de implicar na instrumentalização do indivíduo — o que contraria a dignidade da pessoa humana. Portanto, não se pode falar em colisão real entre vida e autonomia nas situações em que o paciente decide autonomamente pela recusa de tratamento. A própria ideia de dignidade pressupõe o direito de definir o que é uma vida digna⁴⁶. Nessa ótica, a autodeterminação é elemento constitutivo dos direitos à vida e à saúde, e não obstáculo à sua proteção.

KINDHÄUSER, Urs (coords.). *O sentido e o conteúdo do bem jurídico vida humana*. Coimbra: Coimbra Editora, 2013, p. 129.

⁴⁴ CARVALHO, Gisele Mendes de. Autonomia do paciente e decisões ao final da vida. In: ROMEO CASABONA, Carlos Maria; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Org.). *Direito Biomédico*: Espanha-Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011, p. 167. Paranhos e Albuquerque esclarecem que a proteção à vida envolve três deveres fundamentais: abster-se de eliminar a vida alheia; investigar e sancionar as mortes ocorridas; e adotar medidas eficazes para prevenir mortes evitáveis. PARANHOS, Denise G. A. M.; ALBUQUERQUE, Aline. Direitos Humanos dos pacientes testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue compulsória em decisões judiciais no Brasil. *Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal*, v. 1, n. 1, pp. 85-94, mai. 2019, p. 88.

⁴⁵ STARLING, Sheyla Cristina da Silva. *Direito à morte: eutanásia e suicídio assistido no Direito Penal Brasileiro*. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020, p. 175.

⁴⁶ Em defesa da autonomia como dimensão da dignidade humana, cf. KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. (Trad. Paulo Quintela). Lisboa: Edições 70, 2004, pp. 68 e ss; CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2004, p. 219; SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, n. 9, jan./jun., 2007; ROCHA, Cármem Lúcia Antunes Rocha. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a Exclusão Social. *Revista Interesse Público*, n. 4, pp. 23-48, 1999, pp. 23 e ss; COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 1999, pp. 19 e ss; SANTOS, Fernando Ferreira dos. *Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana*, São Paulo: Celso Bastos, 1999, p. 20 e ss; SILVA, José Afonso da. A Dignidade da Pessoa Humana como Valor Supremo da Democracia. *Revista de Direito Administrativo*, v. 212, pp. 125-145, 1998, pp. 89 e ss; SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*, p. 76; BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campo Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*, v. 19, 2010, p. 255.

Se é correto afirmar que vida e autonomia são direitos interdependentes, a questão central passa a ser: há justificativa suficiente para autorizar intervenções corporais não consentidas por quem detém capacidade decisória?

Sob a perspectiva da dogmática dos direitos fundamentais, intervenções médicas realizadas sem o consentimento — ou contrariamente à vontade — de um paciente capaz, livre e devidamente informado, carecem de legitimidade jurídica, ainda que fundamentadas na preservação da vida. O valor da vida, por mais elevado que seja, não justifica a supressão da autodeterminação pessoal quando o indivíduo está plenamente apto a decidir sobre seu próprio tratamento.

Como direitos de defesa, os direitos fundamentais impõem ao Estado um dever de abstenção⁴⁷: protegem esferas individuais contra ingerências indevidas e representam, como salienta a doutrina, autênticos limites ao exercício arbitrário do poder estatal⁴⁸. Nesse sentido, Oliveira⁴⁹ observa que os direitos fundamentais interditam intervenções injustificadas na liberdade individual, conferindo ao titular não apenas a faculdade de exercê-los positivamente, mas também o direito de exigir omissões por parte do Estado e de terceiros, de modo a evitar agressões lesivas a essas esferas.

Dado esse marco teórico, é preciso examinar se há fundamentos suficientes para legitimar a imposição de um tratamento médico a um paciente que o recusa, mesmo quando esse tratamento seja considerado necessário à preservação da vida⁵⁰. A resposta exige a análise do princípio da proporcionalidade, o qual estabelece critérios materiais para aferir a legitimidade das restrições a direitos fundamentais⁵¹. Esses critérios — fim legítimo, adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito — devem estar presentes de forma cumulativa para que uma intervenção estatal se sustente juridicamente.

Embora os três primeiros requisitos — fim legítimo (proteger a vida), adequação e necessidade — possam, em regra, ser atendidos em hipóteses de recusa de

⁴⁷ GLEIZER, Orlandino; MONTENEGRO, Lucas; VIANA, Eduardo. *O direito de proteção de dados no processo penal e na segurança pública*. São Paulo: Marcial Pons, 2021, p. 40.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ OLIVEIRA, Renata. *Restrições às liberdades*, p. 450.

⁵⁰ “Em um Estado de Direito, como o brasileiro, os direitos fundamentais demandam dos poderes executivo (p.ex., investigador e acusador) e judiciário atuação, além de proporcional no caso concreto, nos *estritos limites da autorização* democrática: é o povo que escolhe o que o seu Estado pode (ou não) fazer. Ou seja, o povo, em sua Constituição, por meio de direitos fundamentais, estabelece o que estaria sob proteção geral, reservando, assim, a si próprio a posterior decisão sobre exceções que atendam a eventuais interesses circunstanciais.” GLEIZER; MONTENEGRO; VIANA, *op. Cit.*, p. 41.

⁵¹ *Ibid.*, p. 49.

tratamento⁵², a controvérsia reside na proporcionalidade em sentido estrito. Trata-se de verificar se a gravidade da intervenção é justificável diante dos objetivos perseguidos⁵³. Em outras palavras: seria admissível, à luz da Constituição, submeter um indivíduo capaz, lúcido e informado a um tratamento médico vital contra sua vontade?

A resposta, à luz da ordem constitucional fundada na dignidade humana, liberdade individual e pluralismo, parece ser negativa. A imposição de tratamentos em nome da vida biológica, sem o consentimento do paciente, além de comprometer sua autonomia, viola o próprio conteúdo do direito à vida, que pressupõe a autodeterminação de seu titular. A invocação da indisponibilidade da vida, nesses casos, revela-se equivocada: pessoas autorresponsáveis têm legitimidade para dispor de seus bens jurídicos, inclusive da própria vida, desde que exerçam essa faculdade de forma livre e consciente.

Como observa Siqueira, a autonomia funciona como uma cláusula prevalente oponível à vontade estatal, especialmente quando esta busca impor valores majoritários ou metas coletivas ao indivíduo. Assim, o critério decisivo para aferir a possibilidade de disposição de direitos é justamente a presença de autonomia. Pessoas autônomas podem dispor validamente de seus próprios bens; em contrapartida, a intervenção estatal somente se justifica diante da ausência dessa capacidade⁵⁴.

Conclui-se, portanto, que a restrição da liberdade de escolha do paciente só pode ser admitida quando houver comprometimento real de sua autonomia. Fora dessas hipóteses, não se mostra legítima a imposição de tratamentos médicos não consentidos, ainda que orientados pela finalidade de preservar a vida.

3 A DIMENSÃO JURÍDICO-PENAL

⁵² Ter um fim legítimo significa que a intervenção estatal ou médica deve estar orientada por interesses voltados ao bem comum. Sob essa perspectiva, é inegável que a preservação da vida constitui um fim legítimo. A idoneidade, por sua vez, exige que o meio empregado seja adequado para atingir o objetivo proposto, ainda que não seja o mais eficaz disponível. Nos casos analisados, os suportes artificiais de vida são considerados meios idôneos quando reconhecidos como úteis pela medicina no contexto específico. Já o requisito da necessidade pressupõe a inexistência de alternativas menos gravosas e igualmente eficazes. Em regra, dada a natureza invasiva desses tratamentos e os riscos significativos que acarretam ao paciente, os suportes vitais apenas são utilizados quando se demonstram realmente indispensáveis.

⁵³ GLEIZER, Orlandino; MONTENEGRO, Lucas; VIANA, Eduardo. *O direito de proteção de dados no processo penal e na segurança pública*, p. 58.

⁵⁴ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*, p. 89.

A controvérsia jurídico-penal concentra-se na delimitação dogmática da omissão médica decorrente da interrupção dos suportes artificiais de vida por respeito à vontade do paciente. De um lado, parte da doutrina sustenta que, mesmo diante da recusa terapêutica, o médico permanece vinculado ao dever jurídico de agir, podendo, portanto, ser responsabilizado penalmente pela omissão. De outro lado, defende-se que, havendo manifestação válida de vontade por parte do paciente, o profissional de saúde não está autorizado a intervir em sua esfera corporal sem consentimento, de modo que a abstenção do tratamento, nesses casos, não configura infração penal.

3.1. POSIÇÃO TRADICIONAL

No campo penal, predomina o entendimento de que a disponibilidade do bem jurídico atingido constitui requisito indispensável para a validade do consentimento⁵⁵. Já destacava Hungria⁵⁶ que apenas nos casos em que a própria legislação — de forma expressa ou implícita — reconhece a renunciabilidade do bem jurídico é que se pode admitir sua disposição pelo titular.

Embora o Código Penal não declare explicitamente a vida como bem jurídico indisponível, a doutrina majoritária assim a comprehende, com base em dispositivos que indicam sua proteção intransigente⁵⁷. Entre eles, destacam-se os tipos penais de homicídio (art. 121, caput), induzimento ou auxílio ao suicídio (art. 122) e a exceção prevista no art. 146, § 3º, I, que autoriza intervenções médicas não consentidas. Tais normas são interpretadas como indicativas de uma restrição legal à autonomia da

⁵⁵ HILGENDORF, Eric. *Introdução ao Direito Penal da Medicina*. Tradução: Orlandino Gleizer. São Paulo: Marcial Pons, 2019, p. 157. No Brasil, cf. MINAHIM, Auxiliadora. *O consentimento do ofendido em face de bens jurídicos indisponíveis*, p. 226; MARTINELLI, João Paulo Orsini. *Paternalismo jurídico*, pp. 211-212; PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. *Curso de direito penal brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, p. 337; LEQUES, Rossana Brum. *O consentimento do ofendido como excludente do tipo no direito penal brasileiro*. São Paulo: LiberArs, 2016, p. 33, entre outros.

⁵⁶ HUNGRIA, Nélson. *Comentários ao Código Penal*: v. 1, tomo II. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958, p. 269.

⁵⁷ Como explica Starling, para os adeptos dessa corrente, o direito à vida não se confunde com um direito sobre a vida. STARLING, Sheyla. *Direito à morte*, p. 172. Nas palavras de Diniz, “a disponibilidade da vida não pode ser tolerada como um direito subjetivo, por ser a vida um bem jurídico indisponível”. DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006, pp. 424-425.

vítima quando esta se manifesta em desfavor da preservação da vida ou da integridade física⁵⁸.

No que se refere à responsabilidade penal de médicos pela interrupção de tratamentos considerados vitais, a doutrina dominante entende que a recusa do paciente não afasta, por si só, o dever de agir imposto ao profissional de saúde. Diante da omissão do médico em fornecer suportes artificiais — considerados indispensáveis à manutenção da vida —, poderá configurar-se o crime de homicídio omissivo impróprio⁵⁹, nos termos do art. 121, combinado com o art. 13, § 2º, do Código Penal. Essa posição decorre da concepção tradicional de que não há, no ordenamento jurídico brasileiro, um direito subjetivo à recusa de tratamentos que mantenham a vida.

Por outro lado, a doutrina penal majoritária costuma reconhecer a ortotanásia — ou seja, a abstenção terapêutica diante da terminalidade — como conduta atípica⁶⁰, sob o argumento de que, nesses casos, a omissão médica não determina a morte do paciente, mas apenas permite o curso natural e inevitável do processo de morrer⁶¹. Dentre as soluções dogmáticas propostas para afastar a tipicidade, destacam-se três linhas principais: (i) a ausência de nexo causal entre a conduta médica omissiva e o resultado morte, dado o caráter irreversível do quadro clínico⁶²; (ii) a inexistência de dever jurídico de agir, uma vez que não há obrigação de prolongar artificialmente uma vida que está naturalmente em seu fim⁶³; (iii) a tese da adequação social, segundo a qual a ortotanásia seria socialmente aceita e, portanto, penalmente irrelevante⁶⁴; e (iv) a ausência de dolo do médico de provocar a morte, sendo a intenção apenas de evitar sofrimento desnecessário⁶⁵.

3.2. OBJEÇÕES

⁵⁸ RÖNNAU, Thomas. *Lições Fundamentais da Teoria do Delito*. In: KASECKER, Izabele; VIANA, Eduardo; ESTELLITA, Heloisa (Orgs.). São Paulo: Marcial Pons, 2023, p. 152.

⁵⁹ STARLING, Sheyla. *Direito à morte*, p. 51; GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. *Eutanásia - Novas Considerações Penais*. Tese (Doutorado). 2008. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, 2008, p. 286.

⁶⁰ GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. *Curso de direito penal*: parte geral (arts. 121 a 183). v. 2. 3. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, 22; JESUS, Evangelista Damásio de. *Parte especial*, p. 163.

⁶¹ STARLING, *op. Cit.*, p. 51.

⁶² ACRE. Tribunal de Justiça. Ação Civil Pública Cível. 0000877-29.2011.8.01.0008. Relatoria: Gilberto Matos. 25 nov. 2011.

⁶³ NOSTRE, Guilherme Alfredo de Moraes. *Bioética e Biodireito: Aspectos Jurídico-Penais da Manipulação de Embriões, do Aborto e da Eutanásia*. Dissertação (Mestrado). 2001. Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2001, pp. 238-243.

⁶⁴ REALE JÚNIOR, *Consentimento, ortotanásia e adequação social*, p. 220.

⁶⁵ BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campo Velho. *A morte como ela*, p. 269.

As críticas à posição tradicional da doutrina penal sobre a punibilidade do médico que interrompe suportes vitais a pedido do paciente dividem-se em dois níveis: político-criminal e dogmático. Por isso, as objeções a seguir serão apresentadas em dois momentos distintos.

3.2.1. OBJEÇÕES DE ORDEM POLÍTICO-CRIMINAL

No âmbito penal, o argumento da indisponibilidade da vida, frequentemente invocado para justificar a proibição da eutanásia passiva, revela-se altamente questionável sob a ótica político-criminal. A função precípua do direito penal é assegurar uma convivência social pacífica e livre, protegendo os bens jurídicos fundamentais à existência dos indivíduos⁶⁶. Esses bens não se limitam a dados materiais pré-existentes, mas devem ser compreendidos como condições necessárias ao livre desenvolvimento pessoal, em sintonia com a ideia de autodeterminação⁶⁷.

Roxin e Greco ressaltam que a noção de bem jurídico encontra seu núcleo normativo justamente na autonomia do titular, isto é, no direito de conduzir sua vida conforme suas próprias convicções⁶⁸. Com base nesse pressuposto, torna-se difícil sustentar que a prática de um ato voluntário de disposição — desde que livre, informado e consciente — configure violação a um bem jurídico cuja função é precisamente proteger a liberdade de autodeterminação do sujeito.

No Brasil, Siqueira⁶⁹ adota raciocínio semelhante. Para ela, a autonomia deve ser entendida como valor fundante dos direitos fundamentais e incorporada ao conteúdo dos bens jurídicos individuais. Por essa razão, a proteção penal desses bens não pode ser dissociada da vontade de seu titular. Um ato de disposição realizado com base em uma decisão verdadeiramente autônoma não configura lesão, mas exercício legítimo da liberdade⁷⁰. Vida e saúde não possuem valor moral intrínseco e absoluto; seu significado depende de processos intersubjetivos de valoração. Assim, a proteção penal da vida só faz sentido enquanto instrumento de garantia do livre

⁶⁶ ROXIN, Claus; GRECO, Luís. *Direito Penal*: parte geral: tomo I: fundamentos: a estrutura da teoria do crime. São Paulo: Marcial Pons, 2024, p. 90.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e direito penal da medicina*, pp.191 e ss.

⁷⁰ *Ibid.*, pp.191 e ss.

desenvolvimento do titular — jamais como imposição de uma existência biologicamente mantida contra sua vontade.

Essa leitura é a que melhor se coaduna com a tradição liberal e com o texto constitucional. A responsabilização penal do médico pela interrupção de suportes artificiais de vida, quando solicitada pelo próprio paciente, mostra-se incompatível com um modelo de direito penal fundado na autonomia individual. Como já advertia John Stuart Mill, “o único propósito pelo qual o poder pode ser legitimamente exercido sobre qualquer membro de uma sociedade civilizada, contra a sua vontade, é prevenir danos a terceiros”, pois “sobre si, sobre o próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano”⁷¹. Para ele, forçar alguém a agir ou se abster com base na concepção alheia sobre o que seria melhor, mais correto ou racional configura um abuso do poder democrático — ou, em suas palavras, uma “tirania da maioria”⁷².

Para Siqueira, o cerne da crítica ao paternalismo, nos ordenamentos jurídicos de matriz liberal, reside justamente na autonomia. Com base na lógica deontológica kantiana — que concebe o direito como um sistema de garantias recíprocas da liberdade entre os indivíduos —, não há espaço legítimo para intervenções estatais em decisões essencialmente autorreferenciais⁷³. Nessa chave de leitura, a autonomia não deve ser concebida como um valor a ser maximizado, mas como um limite normativo absoluto — uma verdadeira barreira intransponível à intervenção do Estado ou de terceiros na esfera da liberdade individual⁷⁴.

O direito à autodeterminação, nesse sentido, impede que metas coletivas ou valores majoritários sejam impostos aos indivíduos, resguardando-os contra rationalidades consequencialistas. Como destacam Leite e Teixeira, “o Estado não é livre para perseguir os interesses do bem comum, especialmente por meio da pena, quando se depara com inultrapassáveis barreiras deontológicas, fundadas na ideia de

⁷¹ MILL, John Stuart. *On Liberty*, p. 11. No original: “...the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant”. “Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign”.

⁷² *Ibid.*, p. 5.

⁷³ SIQUEIRA, Flávia. *O direito do paciente à recusa de tratamentos e procedimentos*, p. 88. Destaca-se o termo “primariamente”, pois, ainda que as escolhas individuais afetem, de forma indireta, a vida de terceiros - como, por exemplo, o pai que se sente triste com a decisão de um filho de não dar continuidade a determinado tratamento -, o relevante para legitimar a intervenção estatal é que a pessoa diretamente afetada pela conduta seja aquela quem a praticou.

⁷⁴ *Ibid.*, pp. 88-89.

respeito e autonomia do indivíduo”⁷⁵. Isso porque o liberalismo político pressupõe o reconhecimento e o respeito à pluralidade de projetos de vida, impondo ao Estado uma exigência de neutralidade perante as convicções morais, filosóficas e religiosas de seus cidadãos⁷⁶. Como consequência, não se legitima qualquer intervenção estatal voltada à promoção de uma moral substantiva ou de valores coletivos no âmbito das escolhas morais privadas.

Sob a ótica criminal, as objeções ao modelo normativo paternalista tornam-se ainda mais contundentes e estão diretamente relacionadas ao núcleo do pensamento liberal. O direito penal, por se tratar do instrumento mais invasivo de controle estatal, deve observar estritamente o princípio da *ultima ratio*⁷⁷, intervindo apenas quando a proteção jurídica de um bem mostra-se indispensável⁷⁸. Não se admite, portanto, a criminalização de condutas além do necessário à preservação de uma convivência pacífica e livre⁷⁹.

Em um modelo penal voltado à proteção de bens jurídicos e ao respeito à esfera privada, o paternalismo só encontra respaldo quando há déficits concretos de autonomia — hipótese em que se admite uma tutela penal limitada, de caráter subsidiário e justificada pela vulnerabilidade do agente (o chamado paternalismo suave)⁸⁰. Fora disso, se uma pessoa capaz, informada e livre decide recusar um tratamento médico essencial à sua sobrevivência, não há base legítima para a intervenção estatal. Não se trata de lesão ao bem jurídico, mas de exercício legítimo de um direito fundamental⁸¹.

⁷⁵ LEITE, Alaor; TEIXEIRA, Adriano. Adiar a morte do direito penal liberal: pena, crime e processo na obra de Luís Greco. *R. Trib. Reg. Fede. 1ª Região*, ano 36, n. 2, 2024, p. 78.

⁷⁶ No original: “el liberalismo político asume el respeto a la orientación moral y a los planes de vida de cada individuo, e impone, por ello, a los poderes públicos una exigencia de neutralidad respecto de las convicciones morales y religiosas de los ciudadanos”. (Tradução Livre). ALCÁCER GUIRAO, Rafael. Los fines del Derecho penal. Una aproximación desde la filosofía política. *ADPCP*, n. 51, 1998, p. 474.

⁷⁷ SCHÜNEMANN, Bernd. O Direito Penal é a *ultima ratio* da proteção de bens jurídicos: sobre os limites invioláveis do Direito Penal em um Estado de Direito liberal. In: SCHÜNEMANN, Bernd. (Trad. Luís Greco) *Estudos de direito penal, direito processual penal e filosofia do direito*. São Paulo: Marcial Pons, 2013, p. 12. O Direito Penal, incumbido pela Constituição de proteger de forma subsidiária os bens jurídicos mais relevantes, só pode restringir a liberdade individual na medida estritamente necessária. ROXIN, Claus. *Funcionalismo e imputação objetiva no direito penal*: tradução dos §§ 7 e 11, nm. 1/119, de Strafrecht, Allgemeiner Teil, 3. edição, München, Beck, 1997. Trad. Luís Greco. Imprenta: Rio de Janeiro, Renovar, 2002.

⁷⁸ SCHÜNEMANN, Bernd. El Sistema del ilícito jurídico-penal: concepto de bien jurídico y victimodogmática como enlace entre el sistema de la parte general y la parte especial. In: SCHÜNEMANN, Bernd. *Obras*. Santa Fe: Rubinzel-Culzoni, v. 2, 2009, pp. 351-352.

⁷⁹ ROXIN, Claus; GRECO, Luís. *Direito Penal*, p. 91.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 106.

⁸¹ *Ibid.*

A tentativa de proteger indivíduos autônomos de suas próprias decisões, mediante a imposição penal, não apenas viola esse princípio, como também se revela disfuncional do ponto de vista da adequação e da idoneidade da tutela⁸². Há uma vinculação indissociável entre autonomia e responsabilidade: ser livre para escolher implica assumir as consequências de suas decisões. A autonomia, portanto, não é apenas um direito, mas também um ônus⁸³. Assim, quando um paciente plenamente capaz recusa determinado tratamento médico, o profissional que respeita essa decisão tem sua responsabilidade proporcionalmente atenuada.

Em um ordenamento jurídico de matriz liberal, o princípio da autorresponsabilidade deve ser aplicado com rigor. A preservação dos bens jurídicos individuais é, antes de tudo, incumbência de seu titular. Embora o Estado possa e deva estabelecer critérios objetivos e proporcionais para a validade dos atos de disposição, mesmo sob essa lógica não há fundamento plausível para impedir que um paciente autorresponsável recuse tratamento médico. Especialmente quando a intervenção em questão visa apenas prolongar artificialmente um processo de morte, a recusa deve ser reconhecida como expressão legítima da liberdade individual.

3.2.2. OBJEÇÕES DE ORDEM DOGMÁTICA

A responsabilização penal do médico por homicídio por omissão, quando ele interrompe a manutenção de suportes artificiais de vida a pedido do paciente, também não se sustenta do ponto de vista dogmático. Os crimes omissivos impróprios, regulados pelo art. 13, §2º, “b”, do Código Penal⁸⁴, exigem o preenchimento de certos requisitos. Entre eles, exige-se que o agente ocupe a posição de garantidor — ou seja, que tenha um dever jurídico específico de impedir o resultado.

Adota-se, neste trabalho, a concepção contemporânea que supera os deveres formais e exige uma fundamentação material para a posição de garante⁸⁵. Isso

⁸² SCHÜNEMANN, Bernd. *O Direito Penal é a ultima ratio da proteção de bens jurídicos*, p. 86.

⁸³ GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. *Promoção da saúde ou respeito à autonomia*, p. 653.

⁸⁴ Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa.

Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: [...] b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;

⁸⁵ Adotando essa posição, cf. ESTELLITA, Heloisa. *Contornos da responsabilidade omissiva imprópria dos médicos plantonistas*. In: ESTELLITA, Heloisa; SIQUEIRA, Flávia. *Direito penal da medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2020, pp. 195-218, p. 199; ROXIN, Claus. *Derecho penal – parte general*. 2. ed.

significa que não basta um vínculo abstrato: é necessário demonstrar, de forma concreta, um dever jurídico de agir com base em elementos materiais. A questão, então, é definir em que situações o profissional de saúde assume essa posição e, portanto, tem o dever de proteger o paciente.

Este estudo, contudo, não se propõe a esgotar as teorias sobre os fundamentos materiais da posição de garante. O foco é identificar em que termos o médico assume essa função. Em razão do princípio da legalidade, essa posição deve ser necessariamente extraída da própria base legal. Nesse sentido, o art. 13, §2º, alínea “b”, do Código Penal estabelece que o dever de agir recai sobre quem “de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado”.

No caso do médico, os deveres que recaem sobre sua atuação profissional configuram, primordialmente, deveres de proteção e salvação, voltados à tutela de bens jurídicos essenciais do paciente — como a vida, a saúde e a integridade física. Assim, a posição de garante do médico deve ser fundamentada no critério do domínio sobre o desamparo desses bens⁸⁶, isto é, no poder fático e normativo de influir sobre uma situação em que tais bens se encontram em risco, combinada com a correspondente expectativa social e jurídica de atuação.

Tal domínio não advém, contudo, de um vínculo abstrato ou meramente formal. A obtenção de registro profissional junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), ou mesmo a celebração de um contrato, não são suficientes, por si sós, para gerar a posição de garantidor. O que legitima e fundamenta materialmente essa posição é a efetiva assunção da função de proteção em uma situação concreta⁸⁷, caracterizada

Trad. Diego-Manuel Luzón Peña, Miguel Díaz y García Conledo e Javier de Vicente Remesal. Madrid: Civitas, 1997, p. 848; BOTTINI, Pierpaolo Cruz. *Crimes de omissão imprópria*. São Paulo: Marcial Pons, 2018, p. 73; DOPICO GÓMEZ-ALLER, Jacobo. *Omisión e Injerencia em Derecho Penal*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2006, p. 845; SILVA SÁNCHEZ, Jesús María. *Estudios sobre los delitos de omisión*. Lima: Grijley, 2004, p. 65; SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*, p. 385; PRADO, Luiz Regis. *Tratado de direito penal brasileiro*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021, pp. 156 e ss; BATISTA, Nilo. Maus tratos, omissão imprópria e princípio da confiança em atividades médico-cirúrgicas: o caso da Clínica Santa Genoveva. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 9, n. 38, pp. 271-291, abr./jun. 2002, pp. 282-285; MARTINELLI, João Paulo; DE BEM, Leonardo Schmitt. *Direito penal lições fundamentais*: parte geral. Belo Horizonte: D'Plácido, 5^a ed., 2020, pp. 680 e ss.

⁸⁶ Sobre os fundamentos da posição de garante por assunção, cf. ESTELLITA, Heloisa. *Responsabilidade penal de dirigentes de empresa por omissão*: estudo sobre a responsabilidade omissiva imprópria de dirigentes de sociedades anônimas, limitadas e encarregados de cumprimento por crimes praticados por membros da empresa. São Paulo: Marcial Pons, 2017, p. 89.

⁸⁷ Nesse sentido: FIGUEIREDO DIAS, Jorge de. *Direito Penal*, Tomo I, pp. 941-942. No Brasil, SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*, p. 386; ESTELLITA, Heloisa. *Contornos da responsabilidade omissiva imprópria dos médicos plantonistas*, p. 202; COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. *Crimes omissivos impróprios*: tipo e imputação objetiva. Belo Horizonte: D'Plácido, 2017, p. 162; SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito Penal*: parte geral. 6. ed. Curitiba: ICPC,

pela dependência existencial do paciente em relação ao profissional⁸⁸ e pela confiança depositada naquele que detém a expertise e os meios técnicos para interferir na situação de vulnerabilidade⁸⁹.

Esse ponto é central: a relação de garantia não se forma apenas pelo papel institucional do médico, mas sim pela sua atuação concreta em determinada relação interpessoal, na qual a vítima — ou seja, o paciente —, voluntária e conscientemente, confia ao profissional a proteção de seus bens jurídicos, abrindo mão de outras formas de salvaguarda⁹⁰. Essa entrega de confiança, que pressupõe uma expectativa legítima de cuidado, constitui o núcleo do vínculo de custódia. Por isso, o desamparo aqui compreendido não é uma mera condição objetiva de vulnerabilidade, mas um estado de exposição existencial a que o paciente se submete deliberadamente, confiando que o profissional da saúde atuará em seu favor, nos limites do acordo terapêutico⁹¹.

Dessa forma, o dever jurídico de impedir o resultado surge para o médico quando há uma conjunção de dois elementos fundamentais: (i) o comprometimento fático do profissional com a proteção dos bens jurídicos do paciente — por meio da aceitação do encargo profissional —, e (ii) o ato de confiança por parte do paciente, que se traduz na entrega da própria vulnerabilidade à intervenção do médico.

É esse pacto de confiança que qualifica, ao mesmo tempo, o surgimento e os limites da posição de garantidor⁹². A violação do dever de proteção, nesses termos, só pode ser juridicamente imputada quando há uma expectativa normativamente fundada de atuação, decorrente desse vínculo de confiança. Inversamente, a autonomia do paciente — especialmente quando exercida de modo consciente e informado — não apenas limita o dever de agir do profissional, como também redefine os contornos da posição de garante⁹³. Em outras palavras, quando o paciente, dotado

2014, p. 207; MARTINELLI, João Paulo; DE BEM, Leonardo Schmitt. *Direito penal lições fundamentais*, p. 700; TAVARES, Juarez. *Teoria dos crimes omissivos*. São Paulo: Marcial Pons, 2012, pp. 329–330; SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. *Revista Bioética*, v. 14, n. 2, 2006, p. 236; TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos do Direito Penal*. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 118.

⁸⁸ ROXIN, Claus. *Derecho Penal*, tomo II, p. 866.

⁸⁹ GIMBERNART ORDEIG, Enrique. La omisión impropria en la dogmática penal alemana. Uma exposición. *ADPCP*, v. I, pp 5-112, 1997, p. 36.

⁹⁰ KASECKER, Izabele. *A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento pelo paciente menor de idade ou por seu representante legal*, p.92.

⁹¹ SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina* p. 387.

⁹² ESTELLITA, Heloisa. *Responsabilidade de dirigentes de empresas por omissão*, p. 104.

⁹³ ROXIN, Claus. *Derecho Penal*, tomo II, pp. 867-668. Nas palavras de Silva Sánchez, a recusa é a “expressão da vontade do paciente de pôr fim à relação de garantia que o vincula ao médico” SILVA SÁNCHEZ, *Estudios sobre los delitos de omisión*, p. 79.

de plena capacidade e em posse de todas as informações relevantes, decide recusar determinado tratamento, ele reconfigura a relação de custódia: rompe-se, então, a expectativa legítima de proteção, e, com isso, o fundamento material da imputação por omissão.

Conforme já delineado ao longo deste estudo, é o consentimento que estabelece a base legitimadora da atuação do profissional da saúde. Por conseguinte, a recusa terapêutica do paciente, desde que válida, impede a constituição da posição de garante ou extingue aquela previamente existente, afastando a responsabilidade penal do médico por eventual resultado decorrente da abstenção⁹⁴.

A recusa permanece válida mesmo quando se dirige contra tratamentos considerados essenciais à vida, pois inexiste no sistema jurídico brasileiro um “dever de viver” ou de ser tratado contra a própria vontade. A vida, enquanto bem jurídico, não é indisponível em termos absolutos: ela não é blindada contra a vontade de seu titular. A estrutura dos direitos fundamentais, como destaca a doutrina constitucional, comporta uma dimensão negativa, oponível ao Estado e a terceiros, que inclui o direito de não ser salvo.

Portanto, a posição de garante do médico não pode ser compreendida como um vínculo perene, automático ou absoluto. Ela depende da dinâmica relacional entre as partes, da manifestação da autonomia do paciente e da configuração concreta da situação de desamparo. Em um Estado de Direito orientado por princípios liberais, a proteção penal deve respeitar essas nuances, reconhecendo que a responsabilidade do profissional da saúde não se mantém intacta diante da renúncia autônoma à proteção por parte do próprio titular do bem jurídico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permite afirmar, com base em uma fundamentação ética, jurídico-constitucional e penal, que a recusa válida do paciente ao tratamento médico, inclusive quando se trata da interrupção de suporte vital, deve ser respeitada como expressão legítima da autonomia individual. Essa

⁹⁴ Nesse linha, cf. SIQUEIRA, *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*, p. 388; KASECKER, Izabele. *A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento pelo paciente menor de idade ou por seu representante legal*, p. 93; CARVALHO, Gisele. *Autonomia do paciente e decisões ao final da vida*, p. 176.

conclusão não se sustenta apenas em uma concepção liberal de autodeterminação, mas na própria estrutura de um Estado Democrático de Direito que reconhece a dignidade da pessoa humana não como um valor abstrato, mas como a capacidade concreta de cada indivíduo conduzir sua vida conforme seus próprios valores e projetos existenciais.

No plano ético, superam-se os limites da ética hipocrática tradicional — centrada na obrigação incondicionada de curar e preservar a vida — para adotar uma bioética centrada na autonomia do paciente. Essa transição implica reconhecer que o médico não é um agente moral superior que detém o monopólio do juízo sobre o que é uma “vida digna”, mas um profissional que presta um serviço técnico e que deve estar subordinado às escolhas do sujeito que dele depende. Recusar um tratamento que prolonga a vida biológica em condições percebidas como indignas pelo próprio paciente não é um ato de autodestruição irracional, mas um exercício legítimo de liberdade existencial.

No plano jurídico-constitucional, a recusa ao tratamento encontra amparo na eficácia negativa dos direitos fundamentais. A Constituição Federal garante ao indivíduo não apenas o direito de ser assistido, mas também o direito de não ser tratado contra sua vontade. A proteção da vida, enquanto valor constitucional relevante, não implica em sua indisponibilidade absoluta: o direito à vida, como todo direito subjetivo, comporta renúncia quando se dá de modo livre, informado e consciente. A imposição de tratamentos contra a vontade do paciente violaria não apenas o princípio da autonomia, mas também o direito fundamental à dignidade da pessoa humana, transformando o corpo do indivíduo em instrumento de fins alheios à sua própria concepção de existência e de dignidade.

No plano penal, a consequência dogmática é clara: não há responsabilidade criminal do médico que, diante da recusa válida do paciente, interrompe a administração de tratamentos de suporte vital. Os crimes omissivos impróprios exigem a prévia assunção de uma posição de garantidor fundada em elementos materiais. Essa posição, no caso do médico, decorre da aceitação de proteger juridicamente os bens do paciente mediante consentimento informado. Sem esse consentimento, não há relação de confiança que fundamente o domínio sobre o desamparo — elemento essencial à configuração da função de garante. A recusa válida, portanto, impede a constituição do dever jurídico penal de impedir o resultado e, por isso, exclui a tipicidade da conduta omissiva.

Diante disso, a atuação médica que respeita a recusa consciente e legítima de um tratamento não pode ser vista como abandono, mas como fidelidade aos fundamentos éticos e jurídicos que estruturam a relação terapêutica em sociedades democráticas. Penalizar o médico que age conforme esses fundamentos representaria não apenas um erro dogmático, mas uma grave inversão de valores: o uso do direito penal para punir o respeito à dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ACRE. Tribunal de Justiça. Ação Civil Pública Cível. 0000877-29.2011.8.01.0008. Relatoria: Gilberto Matos. 25 nov. 2011.

ALCÁCER GUIRAO, Rafael. Los fines del Derecho penal. Una aproximación desde la filosofía política. *ADPCP*, n. 51, 1998.

ARISTÓTELES. *Ética*: Livro IX. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

BADARÓ, Tatiana. *Bem jurídico penal supraindividual*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campo Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*, v. 19, 2010.

BATISTA, Nilo. Maus tratos, omissão imprópria e princípio da confiança em atividades médico-cirúrgicas: o caso da Clínica Santa Genoveva. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 9, n. 38, pp. 271-291, abr./jun. 2002.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BEIER, Mônica; IANNOTTI, Giovano de Castro. Paternalismo e o juramento hipocrático. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 1, pp.383-389, dez., 2010.

BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. 2012. 271 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acesso em: 02 set. 2023.

BITENCOURT, César Roberto. *Tratado de direito penal*. v. 2, 20 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BOTTINI, Pierpaolo Cruz. *Crimes de omissão imprópria*. São Paulo: Marcial Pons, 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus* n. 268.459/SP, Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura, Sexta Turma, julgado em 2 set. 2014, Diário da Justiça Eletrônico, 28 out. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário* 979.742/AM. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgado em: 26 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5006128&numeroProcesso=979742&classeProcesso=RE&numeroTema=952>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário* n. 1.212.272/AL. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Julgado em: 25 set. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5703626>. Acesso em: 29 set. 2024.

BUSATO, Paulo César. *Direito Penal*: parte geral. São Paulo: Atlas, 2015.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2004.

CARVALHO, Gisele Mendes de. Autonomia do paciente e decisões ao final da vida. In: ROMEO CASABONA, Carlos Maria; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Org.). *Direito Biomédico*: Espanha-Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011.

CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal*: Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda. Granada: Comares, 2009.

COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmiação Histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 1999.

COSTA ANDRADE, Manuel da Costa. Direito penal médico em mudança. *Cavaliers de Defense Sociale*, p. 89-95, 2002.

COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. *Crimes omissivos impróprios*: tipo e imputação objetiva. Belo Horizonte: D'Plácido, 2017.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DOPICO GÓMEZ-ALLER, Jacobo. *Omisión e Injerencia em Derecho Penal*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2006.

DWORKIN, Gerald. *Paternalismo*. Trad. João Paulo Orsini Martinelli. Revista Justiça e Sistema Criminal, Curitiba, v.4, n.6, pp. 7-25, jul./dez., 2012.

ESTELLITA, Heloisa. Contornos da responsabilidade omissiva imprópria dos médicos plantonistas. In: ESTELLITA, Heloisa; SIQUEIRA, Flávia. *Direito penal da medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2020, pp. 195-218.

ESTELLITA, Heloisa. *Responsabilidade penal de dirigentes de empresa por omissão*: estudo sobre a responsabilidade omissiva imprópria de dirigentes de

sociedades anônimas, limitadas e encarregados de cumprimento por crimes praticados por membros da empresa. São Paulo: Marcial Pons, 2017.

FADEN, Ruth R; BEAUCHAMP, Tom L. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986.

FEINBERG, Joel. *Harm to Self*. The moral limits of Criminal Law. v. 3. New York: Oxford University Press, 1986.

FIGUEIREDO DIAS, Jorge de. *Direito Penal*: parte geral. Tomo I: questões fundamentais, a doutrina geral do crime. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

GIMBERNART ORDEIG, Enrique. La omisión impropria en la dogmática penal alemana. Uma exposición. *ADPCP*, v. I, pp 5-112, 1997.

GLEIZER, Orlandino; MONTENEGRO, Lucas; VIANA, Eduardo. *O direito de proteção de dados no processo penal e na segurança pública*. São Paulo: Marcial Pons, 2021.

GODINHO, Inês Fernandes. Autodeterminação e morte assistida na relação médico-paciente. In: COSTA, José de Faria; KINDHÄUSER, Urs (coords.). *O sentido e o conteúdo do bem jurídico vida humana*. Coimbra: Coimbra Editora, 2013.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. *Curso de direito penal*: parte geral (arts. 121 a 183). v. 2. 3. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico. In: COSTA, Faria (et al.). *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade*. Coimbra: Studia, 2017, pp. 643-669.

GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. *Eutanásia - Novas Considerações Penais*. Tese (Doutorado). 2008. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, 2008.

HILGENDORF, Eric. *Introdução ao Direito Penal da Medicina*. Tradução: Orlandino Gleizer. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

HUNGRIA, Nélson. *Comentários ao Código Penal*: v. 1, tomo II. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958.

JESUS, Evangelista Damásio de. *Parte especial*: crimes contra a pessoa e crimes contra o patrimônio - arts. 121 a 183 do CP. Atualização André Estefam. v. 2, 36. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. (Trad. Paulo Quintela). Lisboa: Edições 70, 2004.

KASECKER, Izabele. A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento pelo paciente menor de idade ou por seu representante legal.

In: ESTELLITA, Heloisa; SIQUEIRA, Flávia. *Direito penal da medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2020, pp. 79-99.

LEITE, Alaor; TEIXEIRA, Adriano. Adiar a morte do direito penal liberal: pena, crime e processo na obra de Luís Greco. *R. Trib. Reg. Fede. 1ª Região*, ano 36, n. 2, 2024.

LEQUES, Rossana Brum. *O consentimento do ofendido como excludente do tipo no direito penal brasileiro*. São Paulo: LiberArs, 2016.

LUCA, Heloiza Meroto de. O consentimento do ofendido à luz da teoria da imputação objetiva. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. v. 100, pp. 739-815, jan./dez., 2005.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. *Curso de Bioética e Biodireito*. São Paulo: Atlas, 2015.

MARTINELLI, João Paulo Orsini. *Paternalismo jurídico-penal: limites na intervenção do Estado na liberdade individual pelo uso das normas penais*. São Paulo: LiberArs, 2015.

MARTINELLI, João Paulo; DE BEM, Leonardo Schmitt. *Direito penal lições fundamentais*: parte geral. Belo Horizonte: D'Plácido, 5ª ed., 2020.

MILL, John Stuart. *On Liberty*. Reimpressão. Wroclaw: Amazon Fulfillment, 1859.

MINAHIM, Auxiliadora. O consentimento do ofendido em face de bens jurídicos indisponíveis. *Revista de Ciências Jurídicas*, v. 6., n. 1., 2008.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* Brasília, v. 9, n. 1, jan./mar., 2020.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. *Aspectos Éticos e Jurídico-Penais da Relação Médico Paciente*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

NOSTRE, Guilherme Alfredo de Moraes. *Bioética e Biodireito: Aspectos Jurídico-Penais da Manipulação de Embriões, do Aborto e da Eutanásia*. Dissertação (Mestrado). 2001. Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, Renata Camilo de. Restrições às liberdades: princípio da proporcionalidade como proibição de excesso na dogmática dos direitos fundamentais. *Direitos fundamentais & Justiça*, Belo Horizonte, ano 14, n. 42, pp. 429-454, jan./jun. 2020.

PARANHOS, Denise G. A. M.; ALBUQUERQUE, Aline. Direitos Humanos dos pacientes testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue compulsória em decisões judiciais no Brasil. *Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal*, v. 1, n. 1, pp. 85-94, mai. 2019.

PEDERNERA, Por Valentina. Autonomía y muerte digna. Argumentos para una discusión crítica a propósito de la sentencia << S. 115>> del Tribunal Superior de Córdoba. *Revista pensamento penal*. n. 494, dez. 2023.

POLICASTRO, Décio. *Pacientes e médicos: seus direitos e responsabilidades*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

PRADO, Luiz Regis. *Tratado de direito penal brasileiro*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. *Curso de direito penal brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

ROCHA, Cármem Lúcia Antunes Rocha. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a Exclusão Social. *Revista Interesse Público*, n. 4, pp.23-48, 1999.

RÖNNAU, Thomas. *Lições Fundamentais da Teoria do Delito*. In: KASECKER, Izabele; VIANA, Eduardo; ESTELLITA, Heloisa (Orgs.). São Paulo: Marcial Pons, 2023.

ROXIN, Claus. *Derecho penal* – parte general. 2. ed. Trad. Diego-Manuel Luzón Peña, Miguel Díaz y García Conledo e Javier de Vicente Remesal. Madrid: Civitas, 1997.

ROXIN, Claus. *Funcionalismo e imputação objetiva no direito penal*: tradução dos §§ 7 e 11, nm. 1/119, de Strafrecht, Allgemeiner Teil, 3. edição, München, Beck, 1997. Trad. Luís Greco. Imprenta: Rio de Janeiro, Renovar, 2002.

ROXIN, Claus; GRECO, Luís. *Direito Penal*: parte geral: tomo I: fundamentos: a estrutura da teoria do crime. São Paulo: Marcial Pons, 2024.

SANTIN, Janice. *Dever de esclarecimento médico no direito penal*. A concretização do consentimento baseado na autonomia do paciente. São Paulo: Marcial Pons, 2020.

SANTOS, Fernando Ferreira dos. *Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana*, São Paulo: Celso Bastos, 1999.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito Penal*: parte geral. 6. ed. Curitiba: ICPC, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, n. 9, jan./jun., 2007.

SCHÜNEMANN, Bernd. El Sistema del ilícito jurídico-penal: concepto de bien jurídico y victimodogmática como enlace entre el sistema de la parte general y la parte especial. In: SCHÜNEMANN, Bernd. *Obras*. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, v. 2, 2009, pp. 351-352.

SCHÜNEMANN, Bernd. O Direito Penal é a ultima ratio da proteção de bens jurídicos: sobre os limites invioláveis do Direito Penal em um Estado de Direito liberal. In: SCHÜNEMANN, Bernd. (Trad. Luís Greco) *Estudos de direito penal, direito processual penal e filosofia do direito*. São Paulo: Marcial Pons, 2013.

- SILVA SÁNCHEZ, Jesús María. A ingerência das leis: problemas da juridicização das relações sociais. Trad. Bruno Costa Teixeira e Julio Pinheiro Faro Homem de Siqueira. *Semantic Scholar*, 2008.
- SILVA SÁNCHEZ, Jesús María. *Estudios sobre los delitos de omisión*. Lima: Grijley, 2004.
- SILVA, José Afonso da. A Dignidade da Pessoa Humana como Valor Supremo da Democracia. *Revista de Direito Administrativo*, v. 212, pp. 125-145, 1998.
- SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.
- SIQUEIRA, Flávia. O direito do paciente à recusa de tratamentos e procedimentos. In: Nelma Melgaço, Aline Albuquerque. (Org.). *Direito do Paciente: formação e atualização*. Ponta Grossa: Atena, pp.69-65, 2023.
- SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. *Revista Bioética*, v. 14, n. 2, 2006.
- STARLING, Sheyla Cristina da Silva. *Direito à morte: eutanásia e suicídio assistido no Direito Penal Brasileiro*. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.
- TAVARES, Juarez. *Teoria dos crimes omissivos*. São Paulo: Marcial Pons, 2012.
- TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos do Direito Penal*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- VARELA, João. Direito a morrer a própria morte (ou “direito à vida” ex vi art. 24, Constituição da República Portuguesa, na sua dimensão negativa). *Criminalia*, n. 1. set. 2015.