



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO – UNIDADE SANTA RITA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIAS**

CAMILA VICTÓRIA GONÇALVES CAVALCANTE

O DIREITO À MORTE DIGNA: uma análise sobre o instituto da eutanásia, seus obstáculos normativos e as perspectivas de regulamentação no Brasil

SANTA RITA – PB

2025

CAMILA VICTÓRIA GONÇALVES CAVALCANTE

O DIREITO À MORTE DIGNA: uma análise sobre o instituto da eutanásia, seus obstáculos normativos e as perspectivas de regulamentação no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Unidade Santa Rita, do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Dra. Eloísa Dias Gonçalves

SANTA RITA – PB

2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C376d Cavalcante, Camila Victória Gonçalves.

O direito à morte digna: uma análise sobre o instituto da eutanásia, seus obstáculos normativos e as perspectivas de regulamentação no Brasil / Camila Victória Gonçalves Cavalcante. - Santa Rita, 2025.
71 f.

Orientação: Eloísa Dias Gonçalves.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ-SANTA RITA.

1. Eutanásia. 2. Morte digna. 3. Autonomia do paciente. 4. Diretivas Antecipadas de Vontade. 5. Ordenamento jurídico brasileiro. I. Gonçalves, Eloísa Dias. II. Título.

UFPB/DCJ/CCJ-SANTARITA

CDU 34



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DIREÇÃO DO CENTRO
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao vigésimo terceiro dia do mês de Abril do ano de dois mil e vinte e cinco, realizou-se a sessão de Defesa Pública do Trabalho de Conclusão do Curso de Direito intitulado “O direito à morte digna: uma análise sobre o instituto da eutanásia, seus obstáculos normativos e as perspectivas de regulamentação no Brasil”, do(a) discente(a) **CAMILA VICTORIA GONCALVES CAVALCANTE**, sob orientação do(a) professor(a) Dra. Eloisa Dias Gonçalves. Após apresentação oral pelo(a) discente e a arguição dos membros avaliadores, a Banca Examinadora se reuniu reservadamente e decidiu emitir parecer favorável à **APROVAÇÃO**, de acordo com o art. 33, da Resolução CCGD/02/2013, com base na média final de 10,0 (DEZ). Após aprovada por todos os presentes, esta ata segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Dra. Eloisa Dias Gonçalves

Dr. Pablo Georges Cícero Fraga Leurquin

Dra. Roberta Candeira Gonçalves

Às mulheres que habitam a minha história e o meu coração. Em especial, à minha avó, que não pôde me ver crescer além dos 12 anos, mas a quem visito recorrentemente nas minhas mais doces memórias.

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento é por ter a quem agradecer e tanto pelo que ser grata. Tenho sorte, tenho o privilégio do amor, do suporte. Não poderia ser diferente: o meu maior agradecimento sempre será à minha mãe, Geane, aquela que foi casa pra mim e é até hoje, mesmo a tantos quilômetros de distância. A ela devo quem sou e o que sei da vida. Minha primeira referência de amor e coragem. Sendo a primeira de uma família enorme a pisar numa universidade pública de ensino, numa rede federal, isso também devo e agradeço a ela. Pisei com meus pés, mas foram os dela que me trouxeram até aqui. Todas as vezes em que, na desconfiança de algo não ser pra mim, no medo de que algo fosse difícil demais – e não foram poucas vezes –, ela me disse que eu era capaz. Ela me disse que era por nós. E hoje, eu vejo e reafirmo: foi por nós, e era mesmo pra mim. Deu certo.

Seu suporte e seu incentivo, especialmente na minha educação, foram essenciais em cada passo da minha trajetória – desde a Tia Didi até a Universidade Federal da Paraíba como bacharelanda em Direito. Tudo o que você fez por mim e cada esforço despendido para que nada me faltasse foram determinantes para que eu chegasse a este momento. E eu te trago comigo, porque você, tanto quanto eu própria, merece toda a honra e todos os créditos pelas minhas conquistas. Sem você, o caminho não teria sido igual. Obrigada, mãe! Esse trabalho é nosso.

Agradeço também às minhas tias, que formaram a mais bonita e acolhedora rede de apoio desde o meu anúncio. Em especial, à minha tia Jacqueline, que ainda tão jovem me criou junto à minha mãe, como filha, e à minha tia Raquel, que nunca deixou de estar presente. Quando souberam que eu me mudaria para João Pessoa para cursar Direito – a mais de 600 km de casa, em uma viagem de 12 horas –, mesmo sendo difícil dizer tchau, foram as primeiras a encaixotar tudo comigo e me desejar uma boa vida, sempre mantendo a fé em mim. A tudo isso eu sou grata, e sempre serei.

Agradeço à minha namorada, Barbara – minha companheira e melhor amiga. Você foi, com certeza, a pessoa mais presente em todo o longo e desafiador processo de escrita deste trabalho. E não só isso: você também foi colo quando tudo se tornou pesado, e, com toda a sua leveza, me ajudou a prosseguir. Seu apoio, para muito além dos limites deste trabalho, foi fundamental pra mim. Dia após

dia, sua escuta, seu amor, sua paciência e seu cuidado estiveram ao meu lado até o momento em que concluí essa jornada. Por isso – e por tudo –, obrigada!

Agradeço também aos meus amigos Lívia, Renan e Sabrina, e à minha prima Eduarda, que, desde o momento em que deixei minha cidade natal para cursar Direito, apoiaram-me incondicionalmente, mesmo à distância. Choraram comigo as minhas lágrimas, sorriram comigo cada vitória e celebraram cada conquista como se fosse deles também, momentos que sempre farão parte das minhas memórias mais bonitas dessa caminhada. Em especial, agradeço a Renan, que, mesmo enfrentando suas próprias batalhas, nunca deixou de estar presente. Sempre que podia, me ligava, me escutava e me apoiava – um irmão que a vida me deu.

Agradeço também a Alisson, Catarina, Gabriela, Lara Maria e Luanna, meus colegas de jornada e amigos, por todo o amparo ao longo desses anos. Compartilhar as mesmas experiências com vocês – as dificuldades, as incertezas, mas também as risadas nos momentos mais improváveis – tornou tudo mais leve e suportável. Vocês fizeram essa caminhada muito mais fácil, e eu espero levá-los comigo para além do curso de Direito.

Com especial admiração, agradeço à minha orientadora, Eloísa Dias Gonçalves, por sua dedicação, paciência e generosidade ao longo de todo este processo. Sua disponibilidade para me orientar foi essencial para a construção deste trabalho, que considero de um tema tão caro aos que mais precisam. Obrigada por me guiar com tanta atenção e solicitude. Sua contribuição foi fundamental para que este trabalho se tornasse possível.

E, com todo o meu coração e reverência, agradeço a Deus e a todas as forças espirituais que me sustentam e me guiam, pela força que me foi concedida durante este processo e tantos outros desafios que a vida já me apresentou. Meu reconhecimento é profundo e sincero a essa presença constante que me inspira a seguir em frente com coragem e fé.

“E se morrer tiver o gosto de comida quando se está com muita fome?

E se morrer for um prazer, egoísta prazer?”

— Clarice Lispector

RESUMO

O presente trabalho analisa criticamente a eutanásia como instrumento de efetivação do direito à morte digna no ordenamento jurídico brasileiro, abordando seus aspectos terminológicos, históricos, éticos e legais. A pesquisa destaca a ausência de regulamentação específica sobre o tema no Brasil, onde a eutanásia é vedada e enquadrada como homicídio privilegiado, identificando como problema central o descompasso entre a realidade das práticas clínicas e a rigidez do sistema jurídico vigente. O objetivo principal consiste em examinar essa contradição, analisando a possibilidade de reconhecimento da eutanásia como expressão legítima da autonomia individual e da dignidade humana, à luz dos princípios constitucionais. A metodologia adotada é de natureza descritiva e bibliográfica. Ainda, são analisadas as diferentes classificações da eutanásia, bem como suas distinções em relação a outros institutos associados ao fim da vida, com os quais frequentemente é confundida, como o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia. O estudo também explora experiências internacionais de regulamentação da eutanásia, comparando-as com a realidade brasileira, e discute as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como possível caminho para garantir a autonomia do paciente. Os resultados demonstram a urgência de superar o atual paradigma que privilegia o prolongamento artificial da vida em detrimento da qualidade da existência, apontando as DAV como medida intermediária e a necessidade de reforma legislativa. Por fim, são avaliados os desafios e as perspectivas para a regulamentação da eutanásia no Brasil, incluindo a análise do Projeto de Lei nº 4/25, que propõe a inserção das DAV no Código Civil. Conclui-se que a construção de um marco legal adequado deve equilibrar a autonomia do paciente, a proteção da dignidade humana e salvaguardas éticas, superando tabus sociais e alinhando o Brasil às experiências internacionais mais avançadas na matéria.

Palavras-chave: eutanásia; morte digna; autonomia do paciente; Diretivas Antecipadas de Vontade; ordenamento jurídico brasileiro.

ABSTRACT

This paper critically analyzes euthanasia as an instrument for the realization of the right to a dignified death within the Brazilian legal system, addressing its terminological, historical, ethical, and legal aspects. The research highlights the absence of specific regulation on the subject in Brazil, where euthanasia is prohibited and classified as privileged homicide, identifying as a central issue the mismatch between the reality of clinical practices and the rigidity of the current legal framework. The main objective is to examine this contradiction, analyzing the possibility of recognizing euthanasia as a legitimate expression of individual autonomy and human dignity in light of constitutional principles. The methodology used is descriptive and bibliographic in nature. Furthermore, the study analyzes the different classifications of euthanasia, as well as its distinctions from other end-of-life institutes with which it is often confused, such as assisted suicide, dysthanasia, and orthothanasia. The study also explores international experiences in regulating euthanasia, comparing them to the Brazilian context, and discusses Advance Directives (ADs) as a possible path to ensuring patient autonomy. The results demonstrate the urgency of overcoming the current paradigm that prioritizes the artificial prolongation of life to the detriment of the quality of existence, pointing to ADs as an intermediate measure and to the need for legislative reform. Finally, the paper assesses the challenges and prospects for the regulation of euthanasia in Brazil, including the analysis of Bill No. 4/25, which proposes the incorporation of ADs into the Civil Code. It concludes that the development of an adequate legal framework must balance patient autonomy, the protection of human dignity, and ethical safeguards, while overcoming social taboos and aligning Brazil with the most advanced international experiences on the matter.

Keywords: euthanasia; dignified death; patient autonomy; Advance Directives; Brazilian legal system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABL – Academia Brasileira de Letras
CFM – Conselho Federal de Medicina
CRM – Conselho Regional de Medicina
DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
EVP – Estado Vegetativo Persistente
ONR – Ordem de Não Reanimar
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
UNB – Universidade de Brasília
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A EUTANÁSIA E OS SEUS FUNDAMENTOS SOB A ÓTICA DA MORTE DIGNA	15
2.1 Definição, classificação e aspectos terminológicos	15
2.2 Da terminologia à prática: marcos históricos e culturais	21
2.3 Eutanásia como expressão da dignidade: reflexões ético-jurídicas sobre o direito de morrer	26
3. ANÁLISE JURÍDICA DA EUTANÁSIA	30
3.1 O vazio normativo federal: a eutanásia como desafio jurídico no Brasil ..	31
3.2 A prática médica diante da morte: importância e limites das normativas profissionais e institucionais	35
3.3 Aprendizados internacionais: o que o Brasil pode incorporar das experiências estrangeiras?	38
4. CAMINHOS E PERSPECTIVAS PARA A PROMOÇÃO DA MORTE DIGNA NO BRASIL	43
4.1 Diretivas antecipadas de vontade (DAV): um instrumento para a segurança jurídica do profissional médico e para o respeito à autonomia do paciente ..	43
4.2 Projeto de Lei nº 4/25: um novo marco legal e seus desafios	49
5. CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	62

1. INTRODUÇÃO

Seja súbita e ocorrida no ambiente familiar, ou medicalizada e institucionalizada, a morte constitui um forte tabu social. Como aponta Schramm (2002), a repulsa ao tema parece estar profundamente relacionada aos sentimentos de angústia e de vulnerabilidade diante da finitude da vida e do desconhecido que reside na morte. Por consequência, essa recusa em lidar com a morte como parte integrante da existência humana reflete-se, dentre outros aspectos, no silêncio normativo sobre práticas que envolvem o fim da vida, como a eutanásia, e na dificuldade social de encarar debates éticos, jurídicos e políticos acerca do tema.

A eutanásia figura como um dos temas mais controversos no campo jurídico, médico e bioético, por desafiar os limites entre o prolongamento artificial da vida e o direito à morte digna. Em tempos de avanços tecnológicos capazes de sustentar a vida humana por meios artificiais, mesmo em casos de sofrimento irreversível, o debate sobre os direitos dos pacientes em estado terminal ganha relevo, sobretudo quanto à autonomia da vontade, à autodeterminação e à dignidade da pessoa humana.

No ordenamento jurídico brasileiro, a eutanásia permanece vedada, sendo juridicamente enquadrada como homicídio. Tal circunstância revela um evidente descompasso entre a realidade das práticas clínicas, os complexos dilemas éticos enfrentados por profissionais da saúde e a rigidez normativa vigente, marcada não apenas pela criminalização da eutanásia, mas também pela escassez de debates aprofundados sobre o direito a uma morte digna.

A presente pesquisa tem como escopo a análise crítica da eutanásia enquanto instrumento de efetivação do direito à morte digna, à luz do ordenamento jurídico brasileiro e dos princípios constitucionais de proteção à vida e à dignidade da pessoa humana. Parte-se do seguinte problema: de que forma o ordenamento jurídico brasileiro, ao vedar a prática da eutanásia e silenciar quanto ao direito à morte digna, compromete a autonomia e a dignidade de pacientes em sofrimento irreversível?

A justificativa para a pesquisa encontra respaldo na complexidade das demandas envolvendo cuidados paliativos, no aumento de pacientes em estado terminal que desejam abreviar o próprio sofrimento e na urgência de debater a

temática com base em fundamentos jurídicos, éticos e humanos. A discussão sobre a legalização da eutanásia também envolve o combate à eugenia¹, à medicalização abusiva da vida e ao fortalecimento da dignidade humana como valor supremo.

A metodologia utilizada é de natureza descritiva, com base em uma abordagem bibliográfica, centrada na análise dos aspectos legais, éticos, morais, históricos e sociais relacionados à eutanásia. A fundamentação teórica adota uma perspectiva inter e multidisciplinar, considerando as interfaces entre os referidos campos do saber envolvidos na temática. A coleta de dados ocorre por meio de uma seleção de fontes, incluindo livros, artigos acadêmicos e documentos legais que tratam do direito à dignidade da pessoa humana, inclusive no contexto da terminalidade da vida.

A presente monografia está estruturada em três capítulos. O primeiro aborda os aspectos conceituais, terminológicos, classificatórios, históricos e filosóficos da eutanásia, assim como os dilemas éticos que permeiam sua prática. O segundo capítulo versa sobre o panorama jurídico da eutanásia, com ênfase no ordenamento brasileiro e na análise de experiências internacionais. São discutidas, ainda neste capítulo, as normativas infralegais, como as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que embora avancem no reconhecimento da autonomia do paciente e dos cuidados paliativos, não conferem respaldo legal à prática eutanásica.

Por fim, o terceiro capítulo examina as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como instrumento de efetivação do direito à morte digna, e a proposta legislativa contida no Projeto de Lei nº 4/2025, que visa a estabelecer um marco legal para a regulamentação das DAV no Brasil. Além disso, o capítulo aprofunda a discussão sobre os fundamentos favoráveis à legalização da eutanásia e de outros institutos relacionados ao processo de morrer, propondo reflexões críticas e possíveis caminhos para a construção de uma política pública que respeite a autonomia do paciente e os princípios constitucionais.

Assim, ao lançar luz sobre a eutanásia sob uma ótica constitucional, ética e

¹ Movimento científico e social formulado por Francis Galton no final do século XIX, que, sob a justificativa de aplicar as leis da hereditariedade para a "melhoria" da raça humana, promoveu práticas discriminatórias e excludentes, legitimando hierarquizações raciais e sociais. Posteriormente, integrou as bases ideológicas do regime nazista. No Brasil das primeiras décadas do século XX, foi incorporada ao discurso de modernidade cultural das elites, articulando preocupações sanitárias e raciais e reforçando projetos de exclusão e controle social (Karine, 2021).

humanitária, esta pesquisa pretende contribuir para o amadurecimento do debate jurídico e social sobre o direito à morte digna no Brasil.

2. A EUTANÁSIA E OS SEUS FUNDAMENTOS SOB A ÓTICA DA MORTE DIGNA

A construção de um debate sólido exige, antes de tudo, o esclarecimento preciso dos conceitos que compõem o tema a ser estudado. Nesse sentido, este capítulo se propõe a elucidar o instituto da eutanásia, destacando seu entendimento na atualidade, bem como suas modificações conceituais ao longo do tempo, que refletem transformações nos valores sociais, médicos, jurídicos e éticos adotados por diferentes culturas e sistemas normativos ao longo da história (Pessini, 2004), além de diferenciá-lo de práticas com as quais é frequentemente confundido. No Brasil, a ausência de uma terminologia clara e padronizada sobre essas práticas manifesta-se em propostas legislativas imprecisas, o que reforça essa necessidade primária – como será demonstrado ao longo deste trabalho.

Assim, além do esforço de conceituar e classificar a eutanásia, este capítulo também se dedica a explorar sua trajetória histórica e cultural, buscando afastar associações equivocadas – como aquelas que a vinculam a práticas eugenistas, utilizadas para encobrir ações sistemáticas de extermínio e que desvirtuaram completamente seu sentido original, relacionado ao alívio do sofrimento (Goldim, 1998). Compreender como o conceito se transformou ao longo do tempo torna-se ainda mais importante ao se perceber que o verdadeiro centro da discussão não está apenas na antecipação da morte iminente, mas também no equilíbrio entre dois valores fundamentais sob a ótica constitucional: os direitos à vida e à dignidade da pessoa humana (Dadalto, 2019). Por isso, estabelecer uma base teórica sólida desde o início é essencial para compreender os conflitos em torno da eutanásia e os desafios que envolvem a própria ideia de morrer com dignidade.

2.1 Definição, Classificação e Aspectos Terminológicos

A palavra “eutanásia” tem origem no grego, em que *eu* significa “bom” e *thanatos* significa “morte”, podendo, portanto, ser traduzida como “boa morte” ou “morte tranquila” (Sá e Naves, 2011, p. 311 *apud* Godinho, 2016). O termo foi proposto por Francis Bacon em 1623, em sua obra *Historia Vitae et Mortis*, como “o

tratamento adequado às doenças incuráveis” (Goldim, 1997).

Atualmente, o termo é compreendido como a prática de acelerar ou induzir o óbito de um paciente em intenso sofrimento, seja por meio de uma ação direta ou da omissão de medidas terapêuticas, com o propósito de poupá-lo dos sofrimentos que o assaltam (Lepargneur, 1999). Dessa definição, depreende-se a necessidade da intervenção de um terceiro para sua efetivação.

Contudo, são várias as lacunas e as divergências em torno do conceito e das particularidades desse instituto, o que frequentemente leva à sua confusão com outras práticas relacionadas ao fim da vida, fazendo nascer a necessidade de um esclarecimento aprofundado sobre o verdadeiro significado da expressão “eutanásia”, especialmente em sua aplicação prática, sendo a linguagem um instrumento essencial nesse processo de compreensão, considerando os conflitos que envolvem o conceito em questão (Siqueira-Batista e Schramm, 2004). Por isso, destaca-se a importância de classificar adequadamente o instituto da eutanásia.

As classificações desse instituto são diversas e apresentam variações significativas conforme o autor e o método de estudo adotado. Para este trabalho, primordialmente, adotar-se-á a leitura do autor Neukamp F. Zum, que desenvolveu uma abordagem clássica em seu artigo *Zum Problem der Euthanasie*, publicado em 1937. Apesar do lapso temporal, a referida abordagem continua sendo amplamente utilizada na elucidação do tema e, de acordo com ela, a eutanásia pode ser classificada em três modalidades – ativa, passiva e de duplo efeito –, as quais são delineadas da seguinte forma:

- 1) *Eutanásia ativa*, ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal);
- 2) *Eutanásia passiva*, quando a morte ocorre por omissão em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivida (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial);
- 3) *Eutanásia de duplo efeito*, quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito) (Neukamp, 1937, *apud* Siqueira-Batista e Schramm, 2004, p. 34).

Em termos mais simples, originam-se os termos “ativa”, quando se aplica um procedimento para acelerar a morte do paciente; “passiva”, que ocorre quando, em outras palavras, apenas se permite que o paciente morra; e “de duplo efeito”,

quando a morte resulta de ações médicas voltadas para o alívio do sofrimento, compreendendo-se sua denominação pela circunstância de que, embora o objetivo seja aliviar, a consequência também seja a morte — ou seja, dois efeitos derivados de uma mesma ação ou conjunto de ações.

A presente abordagem reveste-se de grande importância, especialmente para a compreensão da prática médica no contexto da eutanásia, uma vez que, como demonstrado, considera-se o tipo de ação envolvida para então classificar o instituto — ação esta que, por sua vez, é tomada pelo médico (Siqueira-Batista e Schramm, 2004).

Todavia, é igualmente relevante abordar outra classificação, que leva em consideração o consentimento do paciente. Nessa, verifica-se a eutanásia voluntária, quando se atende à vontade expressa do doente; a eutanásia involuntária, que ocorre quando a pessoa está inconsciente ou incapaz de decidir, como no caso de uma criança considerada relativamente incapaz pela lei, ou quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo — o que é equivalente a um “homicídio”; e, por fim, a eutanásia não voluntária, quando a morte é praticada sem o conhecimento da vontade do paciente (Siqueira-Batista e Schramm, 2004).

Através dessa última forma de classificação, infere-se que não é obrigatória a manifestação explícita da vontade do paciente no momento da prática, como ilustrado pelas classificações involuntária e não voluntária, situações em que o paciente está desacordado ou é considerado incapaz — por motivos legais ou outros — de decidir sobre sua própria morte. Contudo, importa destacar que, embora o paciente esteja incapacitado no momento da prática, isso não significa, necessariamente, que ele não tenha manifestado sua vontade anteriormente, podendo tê-la expressado de forma prévia. Assim, a eutanásia involuntária está relacionada a circunstâncias que se conectam às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), um instrumento que será analisado posteriormente.

Compreendidas as principais classificações da eutanásia, no que diz respeito à conceituação, como já foi mencionado, é comum encontrar definições que confundem a eutanásia com outros institutos, como o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia, configurando uma “confusão terminológica que, às vezes, não deixa claro aquilo que se condena e aquilo que se aprova” (Pessini, 2004, p. 201).

Essa confusão terminológica, destacada pelo autor e pesquisador em bioética

Leo Pessini, também é abordada no artigo intitulado *Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia*, no qual se aponta, como consequência desse cenário, a conotação pejorativa e o preconceito em relação à palavra “eutanásia” e ao próprio debate sobre o tema, bem como a necessidade de “limpar” um pouco mais o conceito e de diferenciar adequadamente os referidos institutos uns dos outros.

O entendimento desenvolvido ao longo deste trabalho, até o momento, demonstra que, na eutanásia, não há necessariamente a exigência de que o paciente esteja consciente no momento de sua realização. Ademais, observa-se que o procedimento é, invariavelmente, conduzido por um terceiro, predominantemente um profissional médico.

Por outro lado, no suicídio assistido, “a pessoa é ajudada por outrem (médico ou não), que lhe concede os meios para que possa, por si mesma, abreviar sua vida” (Dadalto, 2019, p. 4). Eis, então, as duas principais diferenças entre os referidos institutos: no suicídio assistido, o paciente deve necessariamente estar consciente, pois é ele próprio quem realiza o procedimento, contando apenas com a ajuda de um terceiro, cuja profissão não é determinada.

“Noutros termos, no suicídio assistido, o ato final [...] é controlado pelo suicida, enquanto na eutanásia tal ato invariavelmente depende da intervenção direta de um terceiro, que provoca a morte do enfermo” (Godinho, 2016, p.44).

Além disso, reitera-se que, no suicídio assistido, “o enfermo está, em princípio, sempre consciente – sendo manifestada a sua opção pela morte” (Siqueira-Batista e Schramm, 2004, p. 34). Por tudo isso, depreende-se que ambos são, de fato, procedimentos de abreviação da vida em razão de uma doença grave, incurável e/ou terminal que causa sofrimento, mas a forma de administração é o que os diferencia.

No contexto jurídico, vale pontuar, o suicídio, embora não seja penalizado em caso de tentativa frustrada – ou seja, não há previsão legal para punir quem tenta cometer suicídio sem sucesso –, é passível de punição para o terceiro que tenha induzido, instigado ou auxiliado nesse ato, conforme chancelado no artigo 122 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848). Nesse caso, não há qualquer atenuante, mesmo que a ação tenha sido motivada por compaixão (Godinho, 2016).

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça:
Pena – reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos (Decreto-Lei nº 2.848,

de 7 de dezembro de 1940).

A distanásia, por conseguinte, corresponde ao prolongamento artificial da vida, sendo também tratada pela doutrina por sinônimos como obstinação terapêutica, futilidade terapêutica, tratamentos extraordinários e encarniçamento terapêutico (Dadalto, 2019). É definida como a situação “onde a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o processo de agonizar e morrer” (Costa, Oselka e Garrafa, 1998, p. 172), caracterizando-se pelo uso de todos os recursos médicos disponíveis para manter a vida biológica do paciente, mesmo quando já não há possibilidade de cura ou reversão do quadro clínico.

As críticas bioéticas à distanásia concentram-se, sobretudo, no desprezo pela qualidade de vida e na medicalização abusiva, pois se prioriza a manutenção dos sinais vitais em detrimento do bem-estar, da autonomia e da dignidade do paciente em estado terminal. Ao desconsiderar os limites naturais da existência humana e insistir em intervenções que apenas prolongam o sofrimento, a distanásia se opõe frontalmente ao conceito de morte digna (Costa, Oselka e Garrafa, 1998), bem como se distingue de maneira substancial tanto da eutanásia quanto do suicídio assistido. Isso porque, enquanto esses dois últimos envolvem formas de cessar o sofrimento por meio do término da vida, a distanásia se preocupa com o oposto: “prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo” (Costa, Oselka e Garrafa, 1998, p. 187).

Importa observar, como será feito mais amplamente adiante, que, apesar do reconhecimento, por parte da bioética, dos danos e limitações dessa prática, a distanásia no contexto brasileiro pode figurar como consequência direta da ausência de diretrizes claras sobre cuidados no fim da vida (Godinho, 2016).

A ortotanásia, por sua vez, é frequentemente associada à morte no momento apropriado, “não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados na distanásia, nem apressada por ação intencional externa, como na eutanásia” (Barroso e Martel, 2010, p. 24). Dessa forma, a ortotanásia busca garantir que a morte aconteça de maneira natural, através da suspensão de tratamentos invasivos destinados a prolongar a vida de pacientes em estágio terminal, sem possibilidade de cura.

Por esse motivo, a ortotanásia mantém uma relação íntima com os cuidados paliativos, uma vez que, por meio destes, busca-se não prolongar a vida de maneira

artificial, nem apressar a morte, com o objetivo de “dar conforto e alívio de sintomas para o paciente, a fim de que a doença tenha seu curso natural” (Dadalto, 2019, p. 5).

Ainda em relação a esse instituto, é importante destacar que, ao contrário dos outros procedimentos anteriormente analisados – o suicídio assistido, a distanásia e até mesmo a própria eutanásia –, a ortotanásia é regulamentada e permitida no Brasil. A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n°. 1.805, de 9 de novembro de 2006, estabelece as diretrizes para a prática da ortotanásia, permitindo que o médico limite ou suspenda tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em estágio terminal de doenças graves e incuráveis, sempre respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Art. 1º 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.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário (Brasília, DF, 2016).

O artigo 2º demonstra a relação do instituto com os cuidados paliativos, que assumem o lugar de um tratamento de combate ativo à doença do paciente, ao assegurar todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que causam sofrimento.

A constitucionalidade da Resolução foi reconhecida no dia 1 de dezembro de 2010, quando o juiz revogou a liminar que havia suspenso a regulamentação da ortotanásia no Brasil, na 14ª Vara Federal do Distrito Federal. O magistrado argumentou que a norma não trouxe mudanças substanciais à prática médica, mas sim procurou dar transparência a uma prática já comum, embora muitas vezes ocultada pelos profissionais de saúde (Toledo, 2010).

Logo, a análise conceitual realizada sobre o termo e o instituto da eutanásia

permitiu concluir que a linguagem desempenha um papel crucial neste debate. Compreender o que realmente constitui esse instituto é essencial, especialmente ao considerar os diversos outros institutos com os quais ele é frequentemente confundido.

Para que seja possível desenvolver um debate verdadeiramente construtivo e relevante sobre a viabilidade de promover a morte digna no Brasil, especialmente em um contexto de escassez de regulamentação jurídica sobre a prática da eutanásia, é imprescindível que questões linguísticas como essas sejam adequadamente esclarecidas e discutidas. Nesse sentido, propõe-se que, “[...] se reserve a palavra eutanásia exclusivamente para denotar atos médicos que [...] provocam precoce e diretamente a morte a fim de eliminar a dor” (Costa, Oselka e Garrafa, 1998, p. 183).

2.2 Da Terminologia à Prática: Marcos Históricos e Culturais

Compreender o conceito de eutanásia sob uma perspectiva histórica é perceber que, ao longo do tempo, seu significado e sua prática nem sempre corresponderam à definição que se tem hoje, uma vez que o seu conceito “sofreu inúmeras modificações ao longo da história e foi paulatinamente conformado à realidade sociocultural de cada população” (Dadalto, 2019, p. 2).

De maneira simplificada, considera-se, atualmente, a eutanásia como uma morte induzida ou apressada, por meio de uma ação direta ou da omissão de medidas terapêuticas, devido a uma doença que causa grande sofrimento ou dor ao paciente, com o propósito de livrá-lo dessa angústia, sendo realizada por um profissional médico e, na maioria das vezes, mediante pedido do próprio paciente (Lepargneur, 1999).

Mas, constata-se um elemento comum que permeia o conceito de eutanásia desde os primeiros usos até os dias atuais, inclusive no relato mais antigo: a morte antecipada como uma forma de aliviar o sofrimento. Conforme apontam Siqueira-Batista e Schramm (2004), o primeiro registro do uso do termo foi feito pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte “suave” do imperador Augusto.

A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor,

desejava para si e para os seus igual eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar) (Suetônio, 2002, *apud* Siqueira-Batista e Schramm, 2004, p. 34).

De posse da informação sobre a transformação do termo ao longo do tempo, a prática da eutanásia, ainda que com características específicas divergentes à época, remonta à Antiguidade, sendo nesse período que surgem os primeiros registros de sua realização (Bont et al., 2007). Leo Pessini (2004) analisa a evolução histórica do instituto, desde a Antiguidade até a Contemporaneidade, dividindo-a em três fases principais: a Eutanásia Ritualizada, a Eutanásia Medicalizada e a Eutanásia Autônoma.

Na fase da Eutanásia Ritualizada (Antiguidade), a morte era vista como um evento cultural e socialmente regulado, sendo as normas sociais e familiares fundamentais para a decisão de “quem deveria morrer”. A prática visava garantir uma morte tranquila e sem sofrimento, e a origem etimológica da palavra reflete isso: “eu” (boa) e “thanatos” (morte) (Dadalto, 2019). Em Esparta, essa prática era comum e, em alguns casos, até obrigatória, como era com recém-nascidos que possuíam algum tipo de deficiência (Pessini, 2004).

Na Eutanásia Medicalizada (da Grécia Antiga até a Segunda Guerra Mundial), o debate sobre a eutanásia ressurgiu, agora pautado pelo viés médico. “Bacon afirma que o médico deve aplicar sua ciência não somente para curar, mas também para minorar as dores de uma enfermidade mortal. Com ele, o termo eutanásia adquire seu significado atual” (Pessini, 2004, p. 105-106).

Na Grécia Antiga, Hipócrates (século V a.C.), tradicionalmente considerado “pai da medicina”, deu origem ao “Juramento de Hipócrates”, um compromisso ético com o qual os médicos devem se comprometer, seguindo os intitulados Princípios Fundamentais, que consistem em jamais prejudicar o enfermo; não buscar aquilo que não é possível oferecer ao paciente; lutar contra o que está provocando a enfermidade; e acreditar no poder de cura da natureza (Costa, Oselka e Garrafa, 1998).

No juramento, Hipócrates afirma que os médicos jamais devem dar remédios fatais aos pacientes, ainda que solicitados, o que indica que os médicos não devem ajudar alguém a morrer, mesmo que a pedido da própria pessoa, protegendo, assim, a vida do paciente, inclusive em situações de sofrimento extremo. Em contrapartida, Platão (427-337 a.C.), em sua obra “A República”, critica um médico chamado

Heródoto por buscar formas de prolongar a vida de alguém que está sofrendo de uma doença incurável ou muito dolorosa (Bont et al., 2007).

É através dos escritos de Platão, portanto, que se denota, ainda na Grécia Antiga, a sugestão de que a morte poderia ser uma alternativa para quem sofre de dor insuportável, e que prolongar a vida, quando não há cura, não seria moralmente correto. A doença dolorosa passa a configurar um motivo legítimo para considerar o fim da vida daquele que a sofre, o que se aproxima dos conceitos modernos de eutanásia.

Por fim, Pessini (2004) discute a Eutanásia Autônoma no contexto da Modernidade e da Contemporaneidade, destacando sua relevância atual e as ideias que a cercam; de acordo com o autor, a visão moderna e contemporânea da eutanásia se volta cada vez à autonomia do paciente e à sua capacidade de decisão sobre o próprio destino final, refletindo a evolução de determinados conceitos da medicina.

“As práticas eutanásicas de que temos notícia [...] basearam-se sempre em motivos sociais, políticos, médicos, eugênicos etc., porém nunca levaram em conta a vontade dos pacientes” (Pessini, 2004, p. 107). Finalmente, o enfermo, diante da marca da Eutanásia Autônoma, torna-se o protagonista de sua própria história. A possibilidade de escolha sobre como sua vida se encerrará, ainda que dentro dos limites sociais, morais e jurídicos, afirma sua autonomia e o direito de decidir sobre o próprio destino.

É assim que o grande dilema ético da atualidade quanto à eutanásia se torna um só: determinar se a vontade do paciente deve ser respeitada quando ele se recusa a receber tratamentos essenciais para a manutenção da vida. Para Diego Gracia, espanhol especialista em bioética, a resposta é afirmativa, desde que sejam observadas duas condições fundamentais.

A primeira é a competência, ou seja, o paciente deve possuir plena capacidade mental para tomar uma decisão tão significativa, sem estar sob influência de pressões externas ou com seu julgamento comprometido pela doença; e a segunda está diretamente relacionada ao princípio da não-maleficência, cujo cumprimento assegura o respeito à autonomia do paciente, evitando causar-lhe danos desnecessários (Pessini, 2004).

Prolongar uma vida marcada por dor e sofrimento, quando o próprio paciente

expressa o desejo de não ver sua condição mantida, configura uma violação ao supramencionado princípio da não-maleficência, proposto por Guillén (1900) como uma obrigação médica fundamental de evitar causar danos ao paciente, a partir da superação da postura médica paternalista, através da qual se impõe que o médico decide o que é bom ou ruim para o paciente.

Contudo, tratando-se da questão na Contemporaneidade, destaca-se que, embora a ideia de autonomia tenha se tornado o centro do debate sobre a eutanásia, é impossível – e desonesto – omitir que a prática foi triste e equivocadamente associada à perspectiva eugênica.

Baseado nos princípios pseudocientíficos do darwinismo social, Adolf Hitler (1889-1945) concebeu a ideia de que a miscigenação representaria uma ameaça à suposta pureza da chamada raça ariana; por outro lado, a procriação entre membros da raça superior desembocaria na purificação e no aperfeiçoamento racial. Foi nesse cenário que o governo nazista iniciou o projeto *Aktion T4*, que recebeu o nome de “eutanásia”, figurando um uso do termo completamente inadequado e contrário ao próprio significado, tão somente para sustentar um projeto que visava a eliminação sistemática de indivíduos considerados indesejáveis pela ideologia nazista, com base em critérios arbitrários e em falácias científicas (Goldim, 1998).

Esse uso deturpado da palavra “eutanásia” pelo regime nazista evidencia como conceitos podem ser apropriados de maneira perversa para legitimar práticas de extermínio. Em vez de representar um ato para aliviar o sofrimento de pacientes em sofrimento irreversível – como é o significado original de eutanásia –, o programa *Aktion T4* transformou a ideia em instrumento de exclusão e violência, atentando contra os princípios fundamentais da dignidade humana e da autonomia individual, o que confirma a necessidade de rigor na definição e no uso de termos éticos e jurídicos, especialmente quando estes envolvem questões relacionadas à vida e à morte de seres humanos.

Na prática, o *Aktion T4* consistia na eliminação de recém-nascidos e crianças pequenas com deficiências físicas ou mentais, sendo que, posteriormente, o programa se estendeu também para adultos e idosos (Goldim, 1998). Entre câmaras de gás e injeções letais, o programa causou um número de vítimas que reflete a sua magnitude.

Conforme os próprios cálculos internos do T4, o esforço de *eutanásia* ceifou a vida de 70.273 pessoas com deficiências mentais e físicas institucionalizadas em seis instalações de câmara de gás entre janeiro de 1940 e agosto de 1941. [...] o programa de eutanásia continuou até os últimos dias da Segunda Guerra Mundial, se expandindo para incluir cada vez mais vítimas, como pacientes geriátricos, vítimas de bombas e trabalhadores forçados estrangeiros. Os historiadores estimam que o programa de *eutanásia*, em todas as suas fases, ceifou as vidas de 250.000 pessoas (*United States Holocaust Memorial Museum, 2023*).

Percebe-se, a partir desse panorama, que a construção histórico-cultural em torno do instituto evidencia, mais uma vez, a questão linguística abordada neste trabalho. Sabe-se que o termo utilizado à época dos infelizes acontecimentos na Alemanha nazista não correspondia ao significado atual de eutanásia, tampouco ao original, inferido pela etimologia da palavra, o que demonstra o perigo da deturpação de termos e conceitos, especialmente em contextos historicamente frágeis, como em governos e tempos antidemocráticos.

Realizada a breve análise sobre o panorama global, a partir da década de 1920, o tema ganha destaque no Brasil, emergindo com força como objeto de estudo médico, especialmente em um período de crise na medicina nacional. Um dos principais argumentos dos defensores da prática estava justamente na limitação do conhecimento científico da época, que não oferecia tratamentos eficazes para diversas doenças então consideradas incuráveis (Dias, 2004).

Todavia, não demorou para que o contexto global se refletisse no Brasil, trazendo consigo uma influência marcada pelas teorias raciais, eugênicas e higienistas, “parte delas advindas da Europa, sendo reformuladas e adequadas pelos intelectuais brasileiros de acordo com as características do país” (Dias, 2004, p. 53). O eco desses movimentos ocidentais que encontraram o Brasil retardou a discussão ética e jurídica sobre o tema.

Dias (2004, p. 53) ainda afirma que “o médico Renato Kehl foi o fundador, em 1918, da Sociedade Eugênica de São Paulo, a primeira instituição do gênero na América Latina”, momento em que a eutanásia passou a representar uma ferramenta para a eliminação daqueles considerados “peso” para a sociedade, um movimento, como visto, já bastante perpetuado no contexto histórico-social do Ocidente.

Posteriormente, na década de 1970, a eutanásia começou a ser discutida no campo da bioética no Brasil, embora ainda permanecesse marginalizada no debate político e jurídico brasileiro (Dias, 2004), o que explica a carência legislativa persistente sobre o tema até os dias atuais, como será explorado mais detalhadamente ao longo deste trabalho.

Em conclusão, a questão linguística relacionada ao termo *eutanásia* tem um papel fundamental na evolução do conceito e em sua compreensão ao longo do tempo, especialmente no contexto histórico-cultural, inclusive quanto à deturpação ora analisada.

2.3 Eutanásia como Expressão da Dignidade: Reflexões Ético-Jurídicas sobre o Direito de Morrer

“A vida não é um bem disponível. Os direitos da personalidade facultam múltiplas hipóteses de aproveitamento, num sentido positivo, mas não permitem a sua própria supressão” (Godinho, 2016, p. 32). De maneira correlata, a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, consagrado pela Constituição Federal de 1988 (art. 1º, III), um princípio que busca assegurar que a existência não se reduza à mera sobrevivência biológica.

Essa premissa leva à seguinte questão: a dignidade humana, enquanto princípio norteador de todo o arcabouço jurídico constitucional, está limitada ou condicionada estritamente à vontade de permanecer vivo, mesmo diante de um sofrimento extremo? Essa indagação reflete uma das tensões centrais no debate sobre a morte digna: a proteção absoluta da vida *versus* a promoção da dignidade humana. Ambos os direitos são, conforme Paulo Lôbo (2024), inalienáveis e inseparáveis da pessoa. Ou seja, tanto a vida quanto a dignidade não podem ser dispostas voluntariamente, em razão de suas naturezas jurídicas intrínsecas.

Dentro desse cenário, Godinho (2016) realiza uma análise abrangente sobre os argumentos sustentados por ambos os lados desse debate, mais especificamente, dos defensores e dos opositores da eutanásia. De forma sucinta, um dos principais argumentos apresentados pelos defensores da eutanásia é o humanitário, que considera o encurtamento da vida como uma medida para aliviar o paciente de dores e sofrimentos intensos. Sob essa ótica, a eutanásia é vista como um ato de compaixão, proporcionando ao indivíduo a possibilidade de evitar

uma agonia prolongada e preservar sua dignidade no processo de morte, que já é, em muitos dos casos, iminente.

O direito à dignidade, como já mencionado, surge também como um argumento central na defesa da eutanásia. Nesse contexto, morrer com dignidade é compreendido como um direito que decorre do próprio direito de viver com dignidade. Afinal, a morte é parte integrante da existência humana e constitui uma certeza inevitável (Siqueira-Batista e Schramm, 2004). Portanto, impedir que um indivíduo exerça a autonomia de decidir sobre o fim de sua vida é visto, sob essa perspectiva, como uma violação de sua liberdade pessoal e dignidade.

Nesta concepção volitiva da dignidade, em que esta não se concebe senão quando houver plena autonomia, as duas no ações em pauta (dignidade e autonomia) parecem fundir-se numa só ideia: somente seria digno o indivíduo cuja liberdade de agir, em qualquer caso, viesse a ser sempre respeitada e tutelada. Ao Estado, cumpriria adotar uma postura passiva, ao admitir que cada indivíduo oriente sua vida (e, por consequência, sua morte) como bem entender (Godinho, 2016).

Em contrapartida, os argumentos contrários à eutanásia, conforme Godinho (2016), defendem uma visão da dignidade humana como um valor intrínseco e inalienável, que não pode ser quantificado pelo grau de sofrimento ou pela utilidade social do indivíduo. Para os opositores, a dignidade não está vinculada à qualidade de vida, mas sim à essência do ser humano. Essa perspectiva objetiva da dignidade é entendida como uma barreira ética contra a relativização do valor da vida, particularmente no que se refere aos grupos vulneráveis, como idosos, pacientes em estado terminal e pessoas com deficiência.

Adicionalmente, o autor alerta para uma preocupação significativa dos que se opõem à eutanásia: o risco da chamada “ladeira escorregadia”. Esse conceito sugere que a regulamentação da eutanásia, ainda que inicialmente limitada a casos extremos, poderia, com o tempo, ser gradualmente ampliada para abarcar situações cada vez mais abrangentes – inclusive aquelas em que não há consentimento claro por parte do paciente. Tal evolução representaria uma ameaça à ética e à integridade do próprio processo.

De modo equivalente, é relevante abordar um aspecto amplamente discutido no campo jurídico quanto à morte digna, particularmente no que diz respeito à pouca autonomia assegurada ao paciente e à maneira como as leis brasileiras tratam as questões relacionadas ao fim da vida: o paternalismo jurídico. O paternalismo

jurídico, enquanto posição adotada pelo Estado, é analisado pela pesquisadora Dadalto (2019), que argumenta que, ao impor limites às escolhas de autodeterminação dos indivíduos, “a utilização do termo *morte digna* é apenas a opção por um nome empático e compassivo que, em verdade, mascara o paternalismo e a restrição às liberdades individuais” (Dadalto, 2019, p. 2, grifo da autora).

Em vista disso, depreende-se que a imposição de restrições à liberdade de escolha sobre o fim da vida não se resume a uma simples violação da liberdade individual, mas configura um excesso de paternalismo por parte do Estado. Ao restringir essa liberdade, o Estado não só fere a autodeterminação, mas também compromete a dignidade do indivíduo, que está intimamente ligada à capacidade de fazer escolhas sobre o próprio destino.

Contudo, no contexto em que se intensificam os debates sobre os principais argumentos que sustentam as diversas posições em relação à morte digna, torna-se fundamental compreender o conceito subjacente a essa noção: o que, de fato, configura uma “morte digna”? Conforme observa Dadalto (2019), apesar de o conceito de morte digna ser subjetivo, moldado por valores individuais e coletivos, a dignidade no processo de morrer está intrinsecamente relacionada à capacidade do indivíduo de tomar decisões informadas sobre o seu próprio fim, especialmente quando confrontado com determinadas condições clínicas.

Por outro lado, quando a prolongação da vida a qualquer custo se impõe, desconsiderando a vontade do paciente – como ocorre no fenômeno da distanásia –, há uma clara supressão da capacidade de escolha e do exercício da autonomia privada. Nesse cenário, a dignidade humana, e, nesse contexto, a morte digna, fica comprometida, uma vez que a pessoa é privada da possibilidade de decidir sobre o próprio destino. Como bem observa Angeluci (2019, p. 44), “suplanta da pessoa a possibilidade de escolha, de exercício da sua autonomia privada, o que não se coaduna com a função da dignidade humana”. Assim, a verdadeira dignidade no processo de morrer reside no respeito à autonomia do paciente, permitindo-lhe fazer escolhas que correspondam aos seus valores e desejos, mesmo diante da morte iminente.

Segundo Moraes e Castro (2014), a Constituição Federal estabelece a pessoa humana como o vértice da pirâmide normativa do ordenamento jurídico, o

que implica que todas as áreas do Direito – sejam públicas ou privadas, patrimoniais ou extrapatrimoniais – devem ser orientadas para a proteção e para a promoção da dignidade humana. Nesse contexto, a autonomia privada não se confunde com a liberdade de empreender ou com a autonomia contratual tradicional, pois a liberdade da pessoa humana vai além da esfera patrimonial, abrangendo decisões existenciais e subjetivas.

Segundo Moraes e Castro (2014), a chamada autonomia privada existencial representa exatamente esse espaço de liberdade individual que o ordenamento jurídico deve assegurar, principalmente nas situações jurídicas extrapatrimoniais. Trata-se da possibilidade de autodeterminação do sujeito em relação às suas escolhas pessoais, especialmente sobre seu próprio corpo e sua identidade. Essa autonomia pressupõe que a lei crie um “espaço vazio”, isto é, uma zona de liberdade que cada indivíduo deve preencher de acordo com sua vontade, desde que respeitados os limites legais. Com isso, decisões sobre o corpo, por exemplo, passam a ser reconhecidas pelo Direito como centrais na proteção da pessoa humana, refletindo uma nova forma de regulação civil que prioriza a dignidade, a liberdade e a autodeterminação individual.

Contudo, essas diretrizes ainda encontram limitações e contradições no que tange à temática da morte digna. A possibilidade de o indivíduo decidir sobre o fim da própria vida, mesmo em situações de sofrimento extremo ou de doenças terminais, esbarra em entraves médicos, legais, morais e religiosos que ainda permeiam o ordenamento jurídico brasileiro. Um entendimento corroborado por Angeluci (2019), ao observar que o processo de morrer envolve uma diversidade de interesses que não se limitam às esferas médica e jurídica.

Por tudo isso, em conformidade com Dadalto (2019), o conceito de morte digna deve ser entendido como a possibilidade de escolher de que forma se dará o próprio fim. O foco não está em validar um simples desejo de morrer, mas sim em assegurar ao paciente o direito de escolher como enfrentar o processo de fim de vida, especialmente quando a condição clínica já não permite reversão. É nesse cenário, em que a vontade do paciente passa a ser respeitada, que a eutanásia surge como uma forma de possibilitar a sua própria autonomia e autodeterminação:

Em relação aos pacientes terminais, portanto, não há medida que possa impedir sua morte iminente. Surgem, pois, três caminhos a percorrer: prolongar a vida destes pacientes, mediante o uso intenso de medicamentos

e aparelhos, ainda que isto signifique prorrogar também o seu sofrimento (o que corresponde, como se viu, à prática da distanásia); interromper a vida destes pacientes, abreviando-se o processo de morrer, seja por conduta ativa ou passiva (ato que caracteriza a eutanásia); ou ministrar-lhes cuidados paliativos, apacando-se a dor, sem que sejam adotadas quaisquer medidas protelatórias, tendentes a retardar a morte, permitindo-se então que ela sobrevenha naturalmente. Esta última alternativa – cuidar do paciente, quando já não será mais possível curá-lo – corresponde precisamente à prática da ortotanásia. Constatada a situação de terminalidade, cessa o dever de tentar curar, que cede espaço para o dever de assistência e cuidado com o paciente (Godinho, 2016, p. 81-82).

Portanto, embora a eutanásia não represente, por si só, a totalidade do conceito de morte digna, ela configura um instrumento legítimo e possível para alcançá-la em contextos de sofrimento extremo e irreversível. A morte digna envolve, sobretudo, o respeito à autonomia individual e à dignidade humana, e, segundo o que defende Dadalto (2019), enquanto essas prerrogativas não forem plenamente asseguradas no ordenamento jurídico brasileiro, a ideia de dignidade no fim da vida permanecerá limitada. Reconhecer a eutanásia como um caminho válido frente à finitude é reconhecer a importância da liberdade e da compaixão no encerramento da vida.

3. ANÁLISE JURÍDICA DA EUTANÁSIA

A discussão sobre os aspectos jurídicos da eutanásia constitui um dos pontos centrais desta pesquisa, uma vez que permite compreender os entraves normativos que impactam diretamente a efetivação do direito à morte digna no Brasil. Nesse contexto, este capítulo se propõe a examinar, com maior profundidade, de que forma dois elementos discutidos no capítulo anterior – a irrenunciabilidade da vida e a ausência de conhecimento, inclusive terminológico, sobre a morte digna – contribuem diretamente para a formação de um arcabouço jurídico e normativo que restringe a autonomia individual em situações de sofrimento irreversível.

A combinação entre o silêncio institucional sobre os institutos relacionados ao fim da vida e a concepção jurídica da vida como um bem absolutamente indisponível gera reflexos significativos não apenas nas normas legais, mas também nas normativas administrativas, como as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, por possuírem natureza infralegal, encontram sérias limitações diante da falta de respaldo legislativo.

3.1 O Vazio Normativo Federal: A Eutanásia como Desafio Jurídico no Brasil

A proteção constitucional da vida, disposta no artigo 5º da Carta Magna de 1988, a consagra como um bem jurídico de máxima relevância, reconhecendo-a como princípio fundamental e direito inalienável. Assim, o direito à vida, em toda sua inviolabilidade, assegura a existência e a preservação da pessoa.

Nesse mesmo sentido, o Código Civil brasileiro (Lei nº 10.406/2002) estabelece, em seu artigo 2º, que “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”, reforçando-se, em sentido primado, a tutela jurídica do *existir*. “Não é demais recordar, ainda, que o art. 11 do Código Civil consagra a característica da irrenunciabilidade dos direitos da personalidade (Godinho, 2016, p. 108).

Depreende-se, portanto, que “[...] a pessoa humana goza de um arcabouço constitucional que lhe permite realizar sua própria existência com o apoio irrestrito do Estado e da sociedade” (Angeluci, 2019, p. 40-41), e é, diante da primazia dos conceitos de *viver* e *existir*, que a eutanásia – prática de antecipar a morte – é vedada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

A bem da verdade, o termo eutanásia não é mencionado de forma direta em qualquer dispositivo legal. Todavia, ele está implícito no Código Penal brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848), mais especificamente no artigo 121, § 1º, que trata da redução da pena em casos específicos de homicídio. Caso um indivíduo cometa o crime por razões de relevante valor social ou moral – por exemplo, a morte de uma pessoa que se encontra em sofrimento incessável –, a pena poderá ser reduzida em um terço ou um sexto, configurando o “homicídio eutanásico” (Godinho, 2016).

Art. 121. Matar alguém:

Pena – reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (Brasil, 1940).

Sob a perspectiva doutrinária, o entendimento majoritário é, igualmente, de que “a eutanásia realmente configuraria homicídio, porém, admitida ao agente sancionado a concessão da figura do privilégio” (Pimentel, 2012, p. 119).

O fato de inexistir qualquer dispositivo legal que mencione diretamente a

prática da eutanásia, embora ela se encaixe legalmente como homicídio privilegiado, denota a falta de regulamentação federal sobre o tema no Brasil. Todavia, “há tempos se ensaia a edição de uma norma que contemple o rechaço ou a regulamentação da eutanásia e da ortotanásia no Brasil” (Godinho, 2016, p. 109).

Em 1983, foi elaborado e apresentado o Projeto de Lei nº 732, de autoria do deputado federal Inocêncio Oliveira. A proposta consistia em permitir que o médico responsável por um paciente em estado terminal pudesse, em comum acordo com os familiares, desligar os aparelhos de suporte vital ou suspender a administração de medicamentos que tão somente prolongassem uma vida vegetativa sem perspectiva de recuperação (Oliveira, 1983). Conforme o Portal da Câmara dos Deputados, o Projeto foi arquivado no mesmo ano.

Em 1991, o senador Gilvam Borges, do PMDB/AP, apresentou o Projeto de Lei nº 1.989, com a intenção de legalizar a eutanásia no País, uma tentativa que, igualmente, restou frustrada, com a desaprovação e o arquivamento do projeto em 1999 (Godinho, 2016).

O texto do Projeto previa o seguinte:

Art. 1º - A família do doente em fase terminal, diagnosticada a total impossibilidade de recuperação das funções neuro cerebrais, poderá pedir ao médico a adoção da eutanásia.

Parágrafo Único – Para cumprir-se o permissivo deste artigo, é exigível o laudo de junta médica, composta por um cirurgião, um clínico e um neurologista, afirmando a cessação da vida anímica, de maneira irremissível, configurada a morte clínica.

Art. 2º - Poderá pedir a adoção da eutanásia, nas condições previstas no artigo anterior, respectivamente:

I – o cônjuge ou quem coabite com o paciente;

II – os filhos, naturais ou adotivos;

III – os ascendentes;

IV – o paciente.

§ 1º - Nos casos previstos nos itens II e III deste artigo, é necessária a concordância, se vivos, dos dois ascendentes em primeiro grau ou de todos, havendo mais de algum filho.

§ 2º - Quando não haja ascendentes em primeiro grau, o pedido será feito pelos avós e, inexistentes filhos do paciente, a decisão caberá aos netos de maioria.

§ 3º - Quando a solicitação for efetuada pelo paciente, o mesmo será submetido a uma junta médica para avaliação do quadro.

Art. 3º - Pacientes em plena consciência, com atestado de dois médicos de que têm menos de seis meses de vida e testemunho de dois não-parentes, podem requerer que lhes sejam administradas drogas para pôr fim às suas vidas.

§ 1º - O médico pode se recusar a cumprir o desejo do paciente, mas deve remetê-lo a um colega que concorde em fazê-lo (Borges, 1991).

Juntamente com o Projeto, o senador Borges (1991) apresentou uma justificativa que se debruçou entre argumentos como a capacidade da medicina de diagnosticar a incurabilidade de certas doenças progressivamente dolorosas; e os impactos da manutenção artificial da vida, enfatizando que a prática de prolongar uma existência vegetativa, mesmo quando o coma já resultou em um comprometimento irreversível das funções cerebrais, apenas intensifica o sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares.

Contudo, importa mencionar que, apesar de ter ascendido o debate, houve críticas. O Processo-Consulta CFM nº 2146/92 analisou o Projeto e questionou a relação entre morte encefálica e eutanásia, argumentando que, se a morte encefálica já está configurada, o paciente já está morto e, portanto, a eutanásia não seria aplicável. Entre outros apontamentos, o parecer também criticou a possibilidade de familiares solicitarem a eutanásia, ressaltando que a prática depende da vontade expressa do paciente, um erro conceitual que contribuiu para a fragilidade do debate sobre o tema no Brasil.

Uma vez que “trata-se de medida que tende a atingir o ‘fim libertador de padecimentos intoleráveis e sem remédio, a petição de um sujeito’, por meio de conduta que consiste na verdadeira causa da morte” (Asúa, 1992, p.33 *apud* Godinho, 2016, p.36), é, de fato, inviável que os familiares possam, ao próprio bel-prazer, solicitar a eutanásia no paciente então sem consciência. Portanto, o parecer conclui que o referido Projeto era improcedente e recomendou que o Conselho Federal de Medicina (CFM) se manifestasse contra ele. A análise foi aprovada em Sessão Plenária no dia 11 de dezembro de 1992.

Após, em 1995, o deputado Osmânio Pereira apresentou o Projeto de Lei nº 999, que, diferentemente dos dois mencionados anteriormente, propunha, entre outras medidas, a criminalização absoluta da eutanásia como crime hediondo em qualquer circunstância. Além disso, o Projeto abordava questões como aborto, políticas de controle populacional e planejamento familiar, determinando, com relação a este, a restrição para casais heterossexuais (Pereira, 1995), propostas notavelmente retrógradas em relação à legislação da época. No entanto, conforme registrado pelo Portal da Câmara dos Deputados, ainda no mesmo ano, foi deferido um requerimento do próprio deputado solicitando a retirada do Projeto.

No cenário atual, além dos projetos anteriores sobre o instituto que não

avançaram à promulgação, tramita no Congresso Nacional o Projeto do Novo Código Penal Brasileiro (Projeto de Lei do Senado 236/2012), já alterado por projetos de emendas subsequentes (Dadalto, 2019), a partir do qual, entre as diversas reformas propostas, destaca-se a inclusão do artigo 122, que visa a tipificar a eutanásia. De acordo com o Projeto, a eutanásia seria tipificada como crime específico, com pena de dois a quatro anos de prisão, e incluiria uma cláusula de perdão judicial, levando em conta as circunstâncias do caso, como o parentesco e os vínculos afetivos entre o autor do então crime e a vítima (Godinho, 2016).

Eutanásia

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

Pena – prisão, de dois a quatro anos.

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

Exclusão de ilicitude

§ 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou ir mão (Sarney, 2012).

Em relação a outros institutos de intervenção na morte, o Projeto propõe, assim como na eutanásia, a tipificação do suicídio assistido em um artigo específico, assemelhando-se à normatização vigente, incluindo a punição para quem induzir, instigar ou auxiliar alguém ao suicídio. No entanto, há o deslocamento do dispositivo para o artigo 123 e o condicionamento do tipo penal à ação que resulte, no mínimo, em lesão corporal grave à vítima (Sarney, 2012).

Quanto à ortotanásia, a proposta estabelece que sua prática seria considerada uma causa de exclusão de antijuridicidade, ou seja, não seria considerada ilegal, desde que cumpridos determinados requisitos, quais sejam: a manutenção da vida do paciente de forma artificial, a atestação da gravidade da doença por dois médicos e o consentimento do paciente. Caso este esteja impossibilitado de expressar sua vontade, o consentimento deverá ser fornecido pelos responsáveis legais (Godinho, 2016).

Conclui-se, portanto, que, no âmbito federal, as normas relacionadas à eutanásia são escassas, com projetos de lei, em sua maioria, arquivados. Atualmente, a proposta de tipificação da eutanásia como crime, agora explicitamente, surge como a principal alternativa para uma mudança legislativa no

cenário jurídico brasileiro, em razão da falta de outras propostas e em detrimento de qualquer regulamentação da matéria que vise à sua viabilização ou, ainda, à promoção da morte digna – um problema que, como visto, tem origem na estagnação do Brasil frente aos debates relacionadas ao fim da vida.

3.2 A Prática Médica diante da Morte: Importância e Limites das Normativas Profissionais e Institucionais

No que tange à ausência de normatização federal específica sobre a eutanásia, já mencionada anteriormente, Godinho (2016, p. 108) observa que "algumas reformas, contudo, começam a ser delineadas, tanto no âmbito legislativo quanto em instrumentos normativos emanados de entidades de classe, tornando-se oportuno traçar um panorama sobre o tema".

Assim, compõe-se um arcabouço normativo formado por resoluções, pareceres, despachos, recomendações e notas técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM), instrumentos normativos essenciais à análise deste trabalho, sobretudo diante da inexistência de uma legislação específica acerca do instituto, razão pela qual alguns deles serão abordados ao longo deste tópico.

Como primeiro exemplo, a Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, conforme Anexo A, estabelece diretrizes para a prática da ortotanásia, autorizando o médico a limitar ou suspender tratamentos que apenas prolonguem a vida de pacientes em estágio terminal de doenças graves e incuráveis, com respeito à vontade do paciente ou de seu representante legal (Toledo, 2010), o que confere à norma um papel central no estudo dos institutos jurídicos e éticos relacionados ao fim da vida.

Ainda, a Resolução, editada pelo CFM, "procurou contornar as deficiências e insuficiências de um Código Penal cuja parte especial é da década de 40 do século passado (Barroso e Martel, 2010, p. 28)", por essa razão, importa apresentar o respectivo texto.

Contudo, a Resolução gerou controvérsias. Em maio de 2007, o Ministério Público Federal intentou uma ação civil pública para contestar seu texto e suspender seus efeitos, munindo-se de um argumento que consistia em reduzir a eutanásia a uma forma de homicídio – o que, em verdade, constituía uma visão equivocada. A Instituição, ainda, alegava que a decisão sobre a vida de uma pessoa não deveria

ser tomada por ninguém, nem mesmo pelo próprio paciente (Godinho, 2016).

De início, o juízo responsável aceitou suspender os efeitos da norma, considerando que a ortotanásia poderia ser vista como homicídio por omissão. No entanto, a constitucionalidade da Resolução foi reconhecida em 1º de dezembro de 2010, quando houve a revogação da liminar que havia suspenso a regulamentação da ortotanásia no Brasil, na 14ª Vara Federal do Distrito Federal. Em tempo, o magistrado argumentou que a norma não trouxe mudanças substanciais à prática médica, mas sim procurou dar transparência a uma prática já comum, embora muitas vezes ocultada pelos profissionais de saúde (Toledo, 2010).

Do ponto de vista filosófico e ético, a Resolução sugere que "o verdadeiro dever do médico consiste em curar e evitar a morte quando tal se afigurar possível; quando não o for, [...] acompanhar e amparar o paciente terminal até a sua morte, mitigando ou eliminando seu sofrimento" (Godinho, 2016). Com isso, a exclusão da eutanásia desse entendimento, apesar de também ter – em sua definição – a finalidade de cessamento do sofrimento do paciente, ratifica o que foi destacado no Parecer nº 2281/2010 CRM-PR do CFM: a medicina é intrinsecamente voltada à preservação da vida, princípio que remonta ao Juramento de Hipócrates e permeia todos os códigos de ética médica, enquanto a eutanásia, nesse contexto, é considerada uma violação desse compromisso, uma ideia ainda fortemente influenciada por convicções morais e religiosas.

Contudo, para este estudo, é fundamental destacar que "não compõe o objetivo da norma permitir a prática da eutanásia, pois os limites da atuação da equipe médica foram bem delimitados" (Godinho, 2016, p.119). Diante desse contexto, serão apresentados outros dispositivos de autoria do CFM, sem prejuízo do reconhecimento da importância da referida Resolução para a ampliação e para o aprofundamento do debate aqui desenvolvido.

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, que aprova o Código de Ética Médica, proíbe expressamente a prática da eutanásia no Brasil, em conformidade com o disposto no Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848), por meio do artigo 41, que estabelece:

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 (Brasília, DF, 2018).

Não restam dúvidas sobre o afastamento da eutanásia, especialmente quando se observa a menção implícita à ortotanásia no parágrafo único, sendo esta a prática que continua a ser mais amplamente aceita como ferramenta à morte digna. Ainda, uma leitura otimista do diploma revela um afastamento da distanásia, como conclui Godinho (2016, p.152): “o diploma se afastou da distanásia, [...] já que não deve o médico empreender condutas inúteis ou obstinadas, que apenas retardariam a morte do enfermo terminal”.

O afastamento da distanásia é um avanço positivo, porém, o âmbito legislativo e as normas éticas que regulamentam a profissão médica ainda se caracterizam, em grande parte, pela ausência de dispositivos específicos sobre a eutanásia e os outros institutos relacionados ao fim da vida no Brasil. Dessa forma, a questão permanece envolta em controvérsias e desprovida de um arcabouço normativo que assegure, especialmente, a autonomia do paciente e a segurança jurídica do profissional médico.

Em conformidade com Barroso e Martel (2010), a interpretação predominante do direito vigente – estendendo-se esse entendimento também às normas profissionais e institucionais – endossa um modelo médico paternalista, fundamentado na autoridade do profissional de saúde sobre o paciente, desfigurando, assim, sua condição de sujeito.

A ideia de que “o paradigma legal reforça condutas de obstinação terapêutica e acaba por promover a distanásia” (Barroso e Martel, 2010, p. 28) é corroborada por Godinho (2016, p. 109), que observa que “muitos médicos deixam de praticar a ortotanásia e insistem em ministrar tratamentos sabidamente inúteis a pacientes terminais, por receio de serem processados e condenados judicialmente”.

Esse panorama reflete, de forma contundente, uma consequência direta da ausência de uma legislação federal específica que trate da eutanásia e da morte digna no Brasil. A omissão legislativa não apenas inviabiliza a formulação de políticas públicas pertinentes, como também repercute na fragilidade das normativas institucionais e profissionais, que, por sua natureza infralegal, não possuem força suficiente para garantir segurança jurídica ou respaldar plenamente a atuação médica. Assim, enquanto não houver uma mudança no plano legislativo,

continuará a imperar um cenário de incerteza e resistência, em que o temor da responsabilização penal se sobrepõe ao dever de respeito à autonomia do paciente e ao compromisso com sua dignidade no processo de morrer.

3.3 Aprendizados Internacionais: O Que o Brasil Pode Incorporar das Experiências Estrangeiras?

Queridos amigos,
 encontro-me na Suíça, prestes a praticar eutanásia.
 O que ocorre é que minha vida se tornou insuportável. Estou sofrendo de Alzheimer.
 Assim, não me lembro sequer de algumas coisas que ocorreram não apenas no passado remoto, mas mesmo de coisas que ocorreram ontem.
 Exceto os amigos mais íntimos, como vocês, não mais reconheço muitas pessoas que encontro na rua e com as quais já convivi.
 Não consigo mais escrever bons poemas nem bons ensaios de filosofia.
 Não consigo me concentrar nem mesmo para ler, que era a coisa de que eu mais gostava no mundo.
 Apesar de tudo isso, ainda estou lúcido bastante para reconhecer minha terrível situação.
 A convivência com vocês, meus amigos, era uma das coisas – senão a coisa – mais importante da minha vida. Hoje, do jeito em que me encontro, fico até com vergonha de reencontrá-los.
 Pois bem, como sou ateu desde a adolescência, tenho consciência de que quem decide se minha vida vale a pena ou não sou eu mesmo.
 Espero ter vivido com dignidade e espero morrer com dignidade.
 Eu os amo muito e lhes envio muitos beijos e abraços! (Academia Brasileira de Letras, 2024).

No dia 23 de outubro de 2024, faleceu em Zurique, na Suíça, aos 79 anos, o escritor carioca Antônio Cícero, eleito imortal da Academia Brasileira de Letras (ABL) em 10 de agosto de 2017. Antes de sua morte, ele escreveu uma carta de despedida, a qual, a seu pedido, foi distribuída a amigos por seu marido, o figurinista Marcelo Pies. Cícero viajou até a Suíça para, em suas próprias palavras, “morrer com dignidade”, utilizando-se do suicídio assistido, que ele nomeou como "eutanásia" em sua carta. Este episódio gerou grande repercussão no Brasil, tanto pela figura de Antônio Cícero quanto pela sua decisão de buscar outro país para morrer, reacendendo debates sobre os institutos de promoção à morte digna (Ferreira, 2024).

No primeiro semestre do mesmo ano, Carolina Arruda, brasileira de 27 anos que vive com dor crônica desde os 16 anos devido à Neuralgia do Trigêmeo — uma síndrome caracterizada por dor facial intensa em decorrência da disfunção do quinto nervo craniano (nervo trigêmeo) —, ganhou destaque nas redes sociais ao fazer um apelo por apoio financeiro para viajar à Suíça, com o mesmo objetivo do poeta

Antônio Cícero: submeter-se ao procedimento de suicídio assistido. A decisão de Carolina foi motivada pela dor intensa e persistente que enfrenta, conhecida como "a pior dor do mundo", um sofrimento que, em seus relatos, ela descreve como incompreendido por muitos (Silva, 2024).

Ao abordar as condutas eutanásicas e ortotanásicas, Godinho (2016, p. 109) afirma que: "enquanto diversas ordens jurídicas externas já contêm normas para legitimar ou rechaçar tais práticas, no Brasil não vigora nenhum diploma, em nível federal, que regule as matérias", uma ausência que tem suas consequências comprovadas, na prática, pelos brasileiros que saem do próprio País com o único intento de acessar o que consideram uma morte digna.

Segundo Maria Júlia Kovács, coordenadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), o Brasil deveria iniciar uma discussão sobre o tema, uma vez que nações da América do Norte e do Sul já têm resoluções mais detalhadas acerca do assunto (Ferreira, 2024).

Em uma comparação que começa pelos países geograficamente e historicamente mais próximos do Brasil e se estende até os mais distantes, e em conformidade com Dadalto (2019), a Colômbia foi o primeiro país fora da Europa a reconhecer a eutanásia como um ato legal, em 1997. A tarefa de derrubar a proibição da prática foi dada à Corte Constitucional da Colômbia, uma vez que, até então, a eutanásia era vista como um "homicídio piedoso". Em 2015, a Corte ordenou que o Ministério da Saúde elaborasse um protocolo para garantir um acesso seguro à eutanásia.

O trabalho "Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática" (Castro et al., 2016) discute a decisão da Corte Constitucional colombiana que determinou ao Ministério da Saúde a criação de um dispositivo para regular o acesso à eutanásia.

Segundo a Resolução, a eutanásia pode ser realizada por médicos em hospitais, através da administração intravenosa de medicamentos, em pacientes adultos com doenças terminais que causam dor intensa e sofrimento irreversível. A solicitação para a morte assistida deve ser feita de forma consciente pelo paciente e ser autorizada e supervisionada por um médico especialista, um advogado e um psiquiatra ou psicólogo. Vale ressaltar que a legislação não impede a assistência a

pacientes estrangeiros.

No caso do Uruguai, Godinho (2016) explica que, em 2009, foi aprovada a Lei nº 18.473/18, que introduziu o testamento vital no ordenamento jurídico do país. A norma estabelece requisitos específicos, como idade mínima e plena capacidade psíquica, permitindo que o indivíduo manifeste antecipadamente sua recusa a tratamentos médicos que tenham como único objetivo a mera prolongação da vida, sem garantir qualidade nos seus momentos finais.

Ato contínuo, em 6 de outubro de 2022, a Câmara dos Deputados do Uruguai aprovou um Projeto de Lei que descriminaliza e regulamenta a eutanásia no País. O dispositivo estabelece requisitos como: o paciente ser maior de idade, mentalmente capaz e portador de uma ou mais doenças crônicas, incuráveis e irreversíveis, que comprometam gravemente sua qualidade de vida e causem sofrimento insuportável. Além disso, ficou determinado que a eutanásia se aplicará a pacientes em estágio terminal, com exceção dos casos de tetraplegia. O projeto agora segue para debate no Senado uruguaio (AFP, 2022).

Mais recentemente, em 2023, Cuba consolidou sua posição no cenário latino-americano como o segundo país da região a legalizar a prática da eutanásia, sucedendo a Colômbia. A medida foi aprovada pela Assembleia Nacional e incorporada ao marco normativo do sistema único de saúde cubano (Nexo, 2023), uma decisão que se alinha à tendência global de reconhecimento da morte assistida como um direito para pacientes que enfrentam sofrimento intenso e irreversível.

No Equador, um evento marcante merece destaque. Paola Roldán, uma equatoriana de 42 anos diagnosticada com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), conquistou uma vitória histórica na luta pela legalização da eutanásia no País. Em fevereiro de 2024, a Corte Constitucional do Equador acolheu sua ação de inconstitucionalidade contra o artigo 144 do Código Penal, que anteriormente criminalizava a prática da eutanásia. Essa decisão descriminalizou a morte assistida em casos de doenças graves e incuráveis, como o de Paola (Canizares, 2024).

Em novembro de 2023, durante o processo, Paola expressou sua convicção de que havia vivido uma vida plena e que merecia uma morte digna. Ela revelou não saber se estaria viva quando a decisão do tribunal fosse finalmente divulgada. Contudo, ao saber que a sentença seria emitida em breve, declarou: "sobrevivi e agora quero ver se nas veias deste País corre o sangue da justiça e da humanidade,

ou se continuaremos presos a um pensamento retrógrado que valoriza o sofrimento." O veredicto determinou a implementação imediata da sentença, deixando a decisão de sua aplicação nas mãos de Paola (BBC News Mundo, 2024).

Além disso, a Corte ordenou que o Ministério da Saúde criasse regulamentações sobre a eutanásia no prazo de dois meses e que a Assembleia Nacional elaborasse uma lei sobre o procedimento dentro de um ano (Canizares, 2024).

Nos Estados Unidos, não existe uma legislação federal que regule a eutanásia e o suicídio assistido é abordado de maneira distinta a depender do estado, sendo permitido em cinco estados: Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia. A eutanásia, contudo, continua sendo proibida em todo o território nacional (Castro et al., 2016).

Para este estudo, é relevante a pesquisa realizada pela *Oregon Public Health Division*, que foi conduzida após a implementação do *Death with Dignity Act*, em 27 de outubro de 1997. A pesquisa revelou que, entre os 859 pacientes que optaram pelo suicídio assistido, as principais preocupações envolviam a perda de autonomia (91,5%), a incapacidade de participar de atividades que proporcionam prazer (88,7%) e a perda de dignidade (79,3%), questões diretamente relacionadas à preservação da dignidade humana (Castro et al., 2016).

O Canadá, por sua vez, suspendeu a proibição da eutanásia e do suicídio assistido em 2015. A legislação foi oficialmente sancionada em junho de 2016, com a província de Quebec sendo a primeira a regulamentar a morte assistida. Essa regulamentação permitiu que médicos administrassem substâncias letais a pacientes com doenças incuráveis e sofrimento irreversível – configurando a eutanásia ativa. Outras províncias seguiram o exemplo e começaram a criar suas próprias diretrizes, mas enfrentaram desafios devido à diferença entre as leis provinciais e as leis nacionais (Castro et al., 2016).

Atualmente, a eutanásia é regulamentada ou legalizada em diversos países distantes do Brasil, como a Holanda, a Bélgica e o Luxemburgo, cada um com suas próprias diretrizes e critérios para a prática do procedimento. Na Suíça, embora o país seja frequentemente associado a essa prática, a eutanásia ativa é proibida. No entanto, o suicídio assistido é permitido desde 1918, sem uma regulamentação clara, o que fez da Suíça um destino para o chamado "turismo do suicídio" (Castro

et al., 2016).

O que se observa no cenário internacional é que muitos países têm avançado na regulamentação de práticas relacionadas ao fim da vida, como o suicídio assistido e a própria eutanásia. Em contrapartida, o Brasil se encontra em uma posição de estagnação, não apenas em relação à eutanásia, mas também ao tema “morte digna” de maneira ampla e geral, com uma ausência significativa de debates públicos aprofundados e construtivos sobre o tema.

Um estudo recente da *Kaiser Foundation* (2019) comparou as experiências de cuidados no fim de vida em quatro países: Brasil, Japão, Estados Unidos e Itália. A pesquisa revelou que o Brasil é o país que mais prioriza o prolongamento artificial da vida em vez do alívio da dor, fato que mantém relação direta com o referido cenário de ausência de debates acerca do tema, inclusive em relação à morte, de maneira genérica. O conceito de "morte digna" no Brasil, segundo a pesquisa, está relacionado à ideia de que a vida biológica deve ser estendida ao máximo, utilizando toda a tecnologia disponível, antes que a morte ocorra (Dadalto, 2019).

Esse cenário gera consequências e o fato é que, na prática, o sofrimento – físico e médico causado pela doença, e psicológico decorrente da incapacidade de decidir sobre o próprio fim – imposto a pacientes com doenças terminais e/ou incuráveis, os leva, não raramente, à busca por países onde possam ter acesso à morte digna. Casos como os do poeta Antônio Cícero e de Carolina Arruda exemplificam essa realidade e ilustram como as consequências da ausência de uma legislação específica sobre a eutanásia se ampliam, especialmente para os indivíduos em condição de desvantagem socioeconômica.

O professor Volnei Garrafa, da Universidade de Brasília (UnB), ressalta esse recorte socioeconômico, isso porque aqueles sem recursos financeiros não possuem acesso aos países onde a prática é legalmente permitida, por exemplo, e por isso ou são privados do que desejam para o seu próprio destino ou recorrem a alternativas como “vaquinhas” online ou outras formas de arrecadação na internet para custear a viagem (Ferreira, 2024).

Vê-se, portanto, o problema se agravar de tal forma que tem origem na ausência de debates sobre a morte digna, conduzindo à falta de conhecimento, ao silêncio legislativo e, por última consequência, à privação dessa dignidade na morte àqueles que mais precisam. Um quadro que aprofunda a segregação

socioeconômica no contexto de morte digna, distinguindo aqueles que podem recorrer à eutanásia em países onde a prática é legalizada daqueles que, devido à ausência de regulamentação legislativa e à própria condição de vulnerabilidade financeira, são obrigados a conviver com o sofrimento.

4. CAMINHOS E PERSPECTIVAS PARA A PROMOÇÃO DA MORTE DIGNA NO BRASIL

Este capítulo propõe-se ao estudo de matérias que, embora não se refiram diretamente à prática da eutanásia, representam novas perspectivas no cenário jurídico brasileiro voltadas à promoção da morte digna. Trata-se de iniciativas que, por seu potencial de garantir maior autonomia ao paciente frente às decisões sobre o fim da vida, merecem ser abordadas no presente trabalho por integrarem o escopo de discussões fundamentais acerca da dignidade no morrer.

Nesse contexto, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e o Projeto de Lei nº 4/25 serão analisados sob uma perspectiva crítica, com o objetivo de evidenciar como mesmo propostas mais recentes ainda refletem um cenário permeado por lacunas conceituais (Dadalto, 2024) e pela carência de debates jurídicos e sociais consistentes sobre a morte digna.

4.1 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV): Um Instrumento para a Segurança Jurídica do Profissional Médico e para o Respeito à Autonomia do Paciente

A trajetória investigativa desenvolvida até este ponto do trabalho evidencia que a eutanásia, no ordenamento jurídico brasileiro, é tipificada como crime e carece de regulamentação legal específica. Igualmente, constatou-se que outros institutos correlatos às decisões de fim de vida ainda são pouco debatidos e normatizados, revelando uma lacuna significativa sobre o tema.

O ordenamento jurídico brasileiro silencia a respeito, e os debates público, acadêmico e jurisdicional permanecem incipientes, situação que, para Angeluci (2019), decorre de diversos fatores, tais como: (1) o desconhecimento, por parte da população, das possibilidades jurídicas relacionadas às decisões de final de vida; (2) a omissão legislativa; (3) a ausência de discussões sobre a morte e sua proximidade; e (4) o desconhecimento, tanto por pacientes quanto por médicos,

acerca dos cuidados paliativos.

Ao destacar o desconhecimento da população sobre as possibilidades jurídicas para a manifestação antecipada de vontades no contexto dos cuidados no fim de vida, o autor, em seu estudo, introduz em seguida as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), um instrumento jurídico que surge como alternativa ao referido dilema, bem como à omissão legislativa quanto à morte digna e à autodeterminação da vida.

As DAV correspondem a um instrumento jurídico voltado à manifestação da vontade do paciente quanto a tratamentos médicos futuros, caso este se encontre incapacitado de expressá-la. "As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro" (Dadalto, Tupinambás e Greco, 2013, p. 464).

Segundo Godinho (2016), as DAV podem ser expressas de duas formas principais: o Testamento Vital (*Living Will*) e o Mandato Duradouro (*Durable Power of Attorney for Health Care*). O Testamento Vital é um documento jurídico por meio do qual uma pessoa capaz manifesta sua vontade antecipadamente sobre tratamentos médicos que aceita ou recusa, caso fique impossibilitada de expressá-la no futuro. No Brasil, apesar da ausência de legislação específica, sua validade é reconhecida com base no princípio da autonomia do paciente.

Ainda conforme Godinho (2016), o Mandato Duradouro, por conseguinte, permite que uma pessoa juridicamente capaz nomeie um procurador para tomar decisões sobre seus cuidados de saúde caso se torne incapaz, isto é, o meio utilizado para comunicar a decisão prévia do paciente deixa de ser um documento e passa a ser uma pessoa.

Assim como o Testamento Vital, o Mandato Duradouro também não possui regulamentação específica no Brasil. No entanto, sua fundamentação é baseada no direito à autonomia do paciente e na Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde, que garante ao paciente o direito de indicação de um representante para decisões médicas. Além disso, o Mandato Duradouro apresenta similaridades com o instituto do mandato previsto no Código Civil, o qual possibilita a representação voluntária para a gestão de interesses de terceiros, inclusive no contexto da saúde.

Godinho (2016) vai além da mera definição e analisa os prós e contras de

cada opção. O Mandato Duradouro permite que o procurador tome decisões conforme a situação do momento, considerando as preferências do paciente. Já o Testamento Vital, por ser um documento, baseia-se exclusivamente em escolhas antecipadas. No entanto, enquanto no Mandato Duradouro há o risco de o procurador interpretar erroneamente a vontade do paciente, no Testamento Vital essa vontade é expressa de forma direta, ainda que sobre situações hipotéticas.

Estudos sobre o tema, incluindo os modelos existentes e pesquisas na área, indicam que as DAV têm aplicação relevante em três condições clínicas: doença terminal, estado vegetativo persistente (EVP) e demências em estágio avançado. A doença terminal caracteriza-se pela irreversibilidade da enfermidade e expectativa de vida inferior a seis meses. O EVP é definido pela perda total de consciência por mais de três meses (lesão hipóxica) ou doze meses (traumatismo craniano). A demência avançada implica comprometimento motor severo, ausência de autoconsciência e prognóstico neurológico irreversível (Dadalto, Tupinambás e Greco, 2013).

Surge, assim, o questionamento: qual a relação entre as Diretivas Antecipadas de Vontade e o instituto da eutanásia? Conforme as classificações da eutanásia elucidadas neste trabalho, há situações em que o indivíduo se encontra impossibilitado de expressar sua vontade no momento da prática – caracterizando a eutanásia involuntária –, a qual ocorre quando o paciente está inconsciente ou não possui capacidade decisória (Siqueira-Batista e Schramm, 2004). Eis, portanto, a conexão entre esse instituto e o referido instrumento jurídico: ambos dizem respeito à autonomia do paciente no fim da própria vida.

É fácil entender que as DAV, em um cenário onde a eutanásia é regulamentada – o que, como amplamente demonstrado, não é o caso no Brasil – poderiam ser uma ferramenta útil para essas circunstâncias. Com essas diretrizes, o paciente teria a oportunidade de expressar sua vontade de forma antecipada, podendo concordar ou recusar o procedimento de eutanásia, abrindo-se espaço à tão ansiada autonomia do paciente.

Nesse mesmo contexto, considerando a criminalização da eutanásia ainda vigente no Brasil, importa destacar que esse instrumento não se limita à essa prática, mas também se aplica a outros institutos relacionados ao fim da vida, como a ortotanásia e a recusa à distanásia. Ou seja, sua aplicabilidade vai além do âmbito

da eutanásia, abrangendo também outras decisões médicas, como a autorização ou a recusa de medidas de reanimação cardiopulmonar, por exemplo, assegurando ao paciente o direito a uma morte digna e a possibilidade de rejeitar a medicalização abusiva.

Além disso, essas diretrizes possuem potencial capacidade de minimizar os dilemas éticos e jurídicos que permeiam as decisões médicas em relação a pacientes incapacitados (Godinho, 2016), o que proporcionaria maior segurança jurídica aos profissionais da saúde que, diante da incerteza legal, veem-se compelidos à prática da distanásia. Quando reconhecida a constitucionalidade da Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006 – a qual já foi abordada neste trabalho; e estabelece diretrizes para a ortotanásia (Toledo, 2010) – o próprio juízo ressaltou que:

A Resolução em foco busca apenas dar mais transparência a uma prática que já é comum, mas que é frequentemente escamoteada pelos médicos, por medo de que venham a sofrer represálias éticas ou jurídicas, dada a incompreensão que muitas vezes cerca o assunto (BRASIL, 2007, p. 9).

Por tudo isso, infere-se que as Diretivas Antecipadas de Vontade representam uma importante garantia da autonomia do paciente na tomada de decisões sobre o próprio fim de vida, além de oferecerem o respaldo jurídico necessário para que os profissionais de saúde atuem em conformidade com os desejos previamente manifestados pelos pacientes.

Contudo, assim como a eutanásia, e conforme mencionado anteriormente sobre o Testamento Vital e o Mandato Duradouro, as DAV também não são regulamentadas no Brasil. De acordo com Angeluci (2019, p. 48), essas diretivas “não estão regulamentadas no ordenamento jurídico brasileiro, de maneira expressa, o que não retira a possibilidade de sua utilização, pois não há quaisquer vedações sobre o tema”.

A escassa jurisprudência sobre o tema nos Tribunais de Justiça, Tribunais Regionais Federais e Superior Tribunal de Justiça pode ser atribuída ao desconhecimento dos jurisdicionados sobre as possibilidades jurídicas em decisões de fim de vida, à falta de debates sobre a morte, à obstinação terapêutica e à pouca difusão dos cuidados paliativos. No Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, somente foram encontrados três julgados sobre o tema, sendo unânime o reconhecimento da autonomia do paciente (Angeluci, 2019).

Embora não possua força legislativa, por se tratar de um ato normativo de classe com caráter vinculativo apenas para os médicos (Dadalto, Tupinambás e Greco, 2013), a Resolução CFM nº 1.995/2012, conforme Anexo B, representa um importante avanço ao reconhecer o direito do paciente de manifestar sua vontade quanto aos tratamentos médicos e de designar um representante para esse fim. No entanto, essa limitação normativa impede a regulamentação de aspectos essenciais, como os critérios formais de elaboração e a validade temporal das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Destaca-se o § 3º do art. 2º, que estabelece de forma clara que as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer que não seja médico, inclusive sobre a vontade dos familiares, o que evidencia a centralidade do princípio da autonomia do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos de saúde.

Os “considerandos” que antecedem o dispositivo normativo da Resolução também revelam aspectos importantes para a compreensão de seu alcance e de suas limitações. Dentre eles, chama atenção o reconhecimento explícito da inexistência de regulamentação sobre as DAV no âmbito da ética médica nacional, o que justifica a edição da norma como tentativa de suprir uma lacuna legal. Ao afirmar a “necessidade, bem como a inexistência de regulamentação” sobre o tema, o Conselho Federal de Medicina evidencia que os profissionais da área vinham enfrentando, na prática, dilemas éticos relevantes para os quais não havia orientação normativa suficiente.

Além disso, a Resolução reconhece que os avanços tecnológicos na medicina tornaram as decisões médicas mais complexas, principalmente quando envolvem tratamentos que podem prolongar o sofrimento de pacientes em estado terminal, sem oferecer benefícios reais – distanásia. A possibilidade de o próprio paciente rejeitar essas intervenções com antecedência, e de essa vontade ser respeitada, reforça a importância das Diretivas Antecipadas de Vontade como forma de proteger os direitos individuais diante do uso excessivo da tecnologia no processo de morrer.

Portanto, embora limitada ao campo da ética médica e destituída de força normativa com eficácia legal plena, a Resolução CFM nº 1.995/2012 representa um avanço relevante na normatização das Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil.

Ao dispor sobre a conduta dos profissionais de saúde frente às manifestações prévias de vontade dos pacientes, a Resolução escancara, por outro lado, a urgente necessidade de uma regulamentação legislativa mais ampla, que assegure segurança jurídica tanto ao paciente quanto ao profissional de saúde diante de situações-limite, especialmente em contextos envolvendo tratamentos invasivos, cuidados paliativos ou o prolongamento artificial da vida.

Tal entendimento vem sendo reconhecido inclusive no âmbito do Supremo Tribunal Federal, como se observa no julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.212.272, em que se discutiu o direito do paciente adulto de recusar transfusões de sangue, fundamentado em suas convicções religiosas, por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade. Na ocasião, o ministro Alexandre de Moraes destacou que, embora não haja legislação expressa sobre o tema, tanto o testamento vital quanto a procuração para cuidados de saúde são instrumentos válidos no ordenamento jurídico brasileiro. Ressaltou, ainda, que a Resolução CFM nº 1.995/2012 exerce papel normativo ao orientar os médicos quanto ao respeito à autonomia do paciente e à sua vontade previamente manifestada (BRASIL, STF, RE 1.212.272/AL, 2024).

No mesmo julgamento, o ministro relator Gilmar Mendes acrescentou o seguinte entendimento:

Desse modo, adotando a mesma lógica do Tribunal Constitucional alemão, que compreendeu, de certa forma, que a liberdade religiosa tem eficácia para condicionar a incidência do tipo penal de omissão de socorro, entendo, de igual forma, que a autodeterminação e a liberdade de crença, quando houver manifestação livre, consciente e informada de pessoa capaz civilmente em sentido contrário à submissão ao tratamento, impedem a atuação forçada dos profissionais de saúde envolvidos, ainda que presente risco iminente de morte do paciente. Vale dizer, não se pode admitir interpretação que possibilite, em tais circunstâncias, a atuação médica contra a vontade do paciente, após expressa recusa (veiculada, inclusive, por diretivas antecipadas de vontade) (BRASIL, STF, RE 1.212.272/AL, 2024).

Diante disso, observa-se que, mesmo na ausência de uma legislação específica, as DAV já se inserem, de forma relevante, no cenário jurídico brasileiro, especialmente como instrumentos de concretização do princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada. Segundo Godinho (2016), a fim de conferir maior efetividade e segurança jurídica às diretivas, seria recomendável a implementação de medidas como a criação de um cadastro nacional para centralizar e facilitar o acesso às DAV pelos profissionais de saúde, bem como a

previsão normativa da objeção de consciência. Embora a ausência de legislação específica não afete a validade desse instrumento, ele também analisa que, dada a sua importância à promoção da autonomia do paciente, a regulamentação formal contribuiria para a diminuição de controvérsias e proporcionaria maior proteção às partes envolvidas.

Considerando que a efetividade plena do referido instrumento ainda se encontra comprometida em razão da lacuna legislativa vigente, torna-se especialmente relevante a adoção de medidas que fortaleçam sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro. Nesse sentido, as propostas apresentadas por Godinho (2016) ganham especial relevo, ao indicarem caminhos para a institucionalização das DAV como instrumentos de efetivação dos direitos fundamentais, com ênfase na liberdade individual, na autodeterminação e na promoção de uma morte digna, em consonância com os valores éticos, morais e existenciais de cada indivíduo.

Constata-se, por conseguinte, que, embora a eutanásia ainda represente tema interditado sob o ponto de vista jurídico no Brasil, os instrumentos como as Diretivas Antecipadas de Vontade despontam como alternativas importantes na construção de caminhos que promovam uma morte digna. Ao possibilitar que o paciente manifeste, de forma prévia e consciente, suas preferências acerca de tratamentos médicos, as DAV afirmam a centralidade do princípio da autonomia da vontade e reforçam o respeito à dignidade humana como valores constitucionais essenciais.

4.2 Projeto de Lei nº 4/25: Um Novo Marco Legal e Seus Desafios

Sem esgotar a discussão sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, faz-se igualmente importante citar a recente proposta de atualização da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e dos dispositivos correlatos. Trata-se de um Projeto elaborado por uma comissão de juristas presidida pelo ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Luis Felipe Salomão, por indicação do então presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (PSD/MG). Até o final de 2024, a iniciativa ainda se encontrava na fase de Anteprojeto. Entretanto, com a formalização de sua tramitação e o devido protocolo do documento, deu-se origem ao Projeto de Lei nº 4/25. O grupo responsável dedicou-se à elaboração do texto ao longo de oito

meses, concluindo o Anteprojeto em abril de 2024, quando o documento foi oficialmente entregue ao Senado (Baptista, 2024).

O referido Projeto introduz uma série de modificações em diferentes áreas do ordenamento jurídico, abrangendo, por exemplo, a ampliação do conceito de família, aspectos relacionados ao casamento e ao divórcio, questões sobre reprodução assistida e doação de órgãos, além de inovações no campo do direito digital e outros temas emergentes (Baptista, 2024). No entanto, para os fins deste estudo, a atenção se volta exclusivamente à análise das alterações propostas no que tange à autonomia do paciente.

Dessa forma, há que se observar os artigos que dispõem sobre o tema:

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

§ 1º É assegurada à pessoa natural a elaboração de diretivas antecipadas de vontade, indicando o tratamento que deseje ou não realizar, em momento futuro de incapacidade.

§ 2º Também é assegurada a indicação de representante para a tomada de decisões a respeito de sua saúde, desde que formalizada em prontuário médico, instrumento público ou particular, datados e assinados, com eficácia de cinco anos.

§ 3º A recusa válida a tratamento específico não exime o profissional de saúde da responsabilidade de continuar a prestar a melhor assistência possível ao paciente, nas condições em que ele se encontre ao exercer o direito de recusa.

Art. 15-A. Plenamente informadas por médicos sobre os riscos atuais de morte e de agravamento de seu estado de saúde, as pessoas capazes para o exercício de atos existenciais da vida civil podem manifestar recusa terapêutica para não serem constrangidas a se submeter à internação hospitalar, a exame, a tratamento médico, ou à intervenção cirúrgica.

Parágrafo único. Nos termos do § 1º do art. 10 deste Código, toda pessoa tem o direito de fazer constar do assento de seu nascimento a averbação das declarações mencionadas neste artigo (Pacheco, 2025).

Os dispositivos acima transcritos estão inseridos no Livro I, Parte Geral, do Projeto e estabelecem diretrizes sobre a autonomia do paciente no contexto de tratamentos médicos. Os *caputs* dos artigos 15 e 15-A tratam da possibilidade de recusa do paciente a tratamentos e procedimentos médicos, assegurando que ninguém pode ser compelido a se submeter a qualquer procedimento ou tratamento contra sua vontade, consolidando um afastamento do conceito de distanásia.

Nesse momento importa comparar o art. 15 do Código Civil atual e o art. 15 proposto no referido Projeto, para que se tenha um entendimento das mudanças propostas nesse dispositivo em específico. O atual art. 15 dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, um dispositivo criticado por Schreiber (2013) ao tratar dos

Direitos da Personalidade contidos no Capítulo II do Código Civil de 2002. Suas críticas se fundamentam no flagrante equívoco de redação do artigo, que, ao condicionar a vedação do constrangimento apenas às hipóteses com risco de vida, sugere, a *contrario sensu*, que em situações sem esse risco o constrangimento seria admissível – o que contraria a autonomia do paciente e a dignidade da pessoa humana.

Além disso, Schreiber (2013) menciona que o tratamento compulsório só se justifica em hipóteses excepcionais, como no caso de risco coletivo à saúde pública, a exemplo de campanhas de vacinação obrigatória ou internações compulsórias judiciais. Fora dessas hipóteses, prevalece o direito do paciente à recusa, ainda que a recusa represente risco à própria vida. Dessa forma, ao não trazer uma condição ao não constrangimento, a proposta de alteração do art. 15 se diferencia substancialmente do atual artigo, que condiciona a vedação do constrangimento apenas às hipóteses de risco de vida.

Em outro aspecto importante, nota-se a utilização do termo Diretivas Antecipadas de Vontade no §1º do artigo 15. O §2º do mesmo artigo corresponde ao conceito de Mandato Duradouro, enquanto o §3º estabelece que, mesmo que o paciente opte por recusar determinado tratamento, o profissional de saúde mantém o dever de prestar a melhor assistência possível dentro dos limites impostos por essa recusa, o que, de maneira implícita, remete ao conceito de ortotanásia.

Em seguida, no Livro IV, referente ao Direito de Família, dispõe-se:

Da Diretiva Antecipada de Curatela

Art. 1.778-A. A vontade antecipada de curatela deverá ser formalizada por escritura pública ou por instrumento particular autêntico.

Art. 1.778-B. O juiz deverá conferir prioridade à diretiva antecipada de curatela relativamente:

I - a quem deva ser nomeado como curador;

II - ao modo como deva ocorrer a gestão patrimonial e pessoal pelo curador;

III - a cláusulas de remuneração, de disposição gratuita de bens ou de outra natureza.

Parágrafo único. Não será observada a vontade antecipada do curatelado quando houver elementos concretos que, de modo inequívoco, indiquem a desatualização da vontade antecipada, inclusive considerando fatos supervenientes que demonstrem a quebra da relação de confiança do curatelado com a pessoa por ele indicada (Pacheco, 2025).

Agora, o termo adotado para designar o instrumento de promoção da autonomia do paciente deixa de ser Diretivas Antecipadas de Vontade e passa a ser “diretiva antecipada de curatela”, estabelecendo-se que sua formalização deve

ocorrer por meio de escritura pública ou instrumento particular autêntico, a fim de atestar a validade jurídica do ato.

O artigo 1.778-B dispõe que o juiz deve conferir prioridade a essa diretiva, considerando a escolha do curador, a forma de gestão patrimonial e pessoal, bem como eventuais cláusulas relativas à remuneração, doação de bens ou outras disposições pertinentes, um meio à segurança jurídica do instituto com relação aos reais interesses civis do paciente enquanto capaz, inclusive sobre seu patrimônio. Ainda, o parágrafo único do referido artigo prevê que a vontade antecipada do curatelado poderá ser desconsiderada caso haja elementos concretos que indiquem sua desatualização.

Portanto, com o Projeto de Lei nº 4/25, observa-se a inserção das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) no ordenamento jurídico brasileiro. Como exposto anteriormente, no País, a primeira norma a tratar do tema não teve origem em uma legislação formal, mas sim em uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) (Dadalto, 2024), o que confere ainda mais relevância ao texto do Projeto. Há, por tudo isso, que se reconhecer a importância dessa iniciativa, que representa um avanço na regulamentação da autonomia do paciente e na segurança jurídica aos profissionais médicos, ainda que de forma tardia.

Entretanto, mesmo entre os defensores das DAV, há críticas substanciais ao arcabouço normativo do Projeto, fundamentadas na percepção de que esses dispositivos, além de introduzidos tardiamente no contexto brasileiro, já nascem defasados e inadequados em comparação às normativas internacionais. Cabe mencionar que o arcabouço bibliográfico sobre o presente Projeto, especialmente no que se refere ao tema em estudo, ainda se encontra escasso, devido ao curto período desde sua apresentação. Todavia, para este trabalho, serão abordadas principalmente as críticas desenvolvidas no artigo "Proposições para conformação do anteprojeto do Código Civil com a realidade dos documentos de diretivas antecipadas", escrito pela pesquisadora Luciana Dadalto, doutora em Ciências da Saúde.

“O simples fato de os documentos de diretivas antecipadas serem tratadas de modos diferentes em dois títulos diferentes já demonstra a falta de compreensão sobre o tema” (Dadalto, 2024).

A introdução do conceito de "diretiva antecipada de curatela" no Projeto é

objeto de críticas por parte da autora, pois, segundo seu entendimento, representa uma inovação que não encontra respaldo nos ordenamentos jurídicos estrangeiros que já regulamentam as DAV. Segundo a autora, as DAV são instrumentos voltados exclusivamente à manifestação da autonomia do paciente em relação aos cuidados de saúde, enquanto a curatela abrange aspectos patrimoniais e pessoais. Ao permitir que uma pessoa determine previamente sua futura curatela, incluindo a escolha do curador e a forma de gestão patrimonial, os artigos 1.778-A e 1.778-B desvirtuam o propósito original das DAV, confundindo conceitos jurídicos distintos e potencialmente prejudicando sua correta aplicação.

Essa confusão conceitual pode ter impactos significativos tanto para profissionais da saúde quanto para operadores do direito, tornando mais difícil a distinção entre a vontade do indivíduo sobre tratamentos médicos e a administração de seus bens e direitos civis. A pesquisadora destaca que o uso inadequado do termo "diretiva antecipada de curatela" não apenas compromete a clareza normativa, mas também pode gerar insegurança jurídica na aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Além de criticar a introdução da "diretiva antecipada de curatela", Dadalto (2024) também aponta problemas na generalização do termo Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Isso ocorre porque a expressão "testamento vital" é uma tradução literal do inglês "*living will*", mas não representa com precisão seu significado no contexto jurídico brasileiro. No idioma original, o termo se refere a um documento em que o paciente manifesta sua vontade sobre cuidados de saúde enquanto ainda está vivo. Já em português, a palavra "testamento" está fortemente associada a questões patrimoniais e sucessórias, relacionadas à distribuição de bens após a morte. Para evitar essa confusão terminológica, o Brasil adotou, em seu lugar, o termo DAV.

No entanto, essa tentativa de padronização trouxe um novo desafio: a tendência de tratar todas as DAV como uma única modalidade, sem diferenciar adequadamente documentos específicos, como o Testamento Vital, o Mandato Duradouro e a Ordem de Não Reanimar (ONR).

Por fim, a pesquisadora também critica a imposição de um prazo de validade de cinco anos para as DAV, argumentando que essa exigência pode burocratizar o processo e desestimular a adesão ao instrumento. Segundo ela, a necessidade de

renovação periódica impõe um ônus adicional aos pacientes, especialmente àqueles em condições de saúde debilitadas, comprometendo a efetividade do instrumento e dificultando o seu propósito.

Ao concluir sua análise, a pesquisadora sugere modificações no texto do Projeto para aprimorar a regulamentação das DAV, as quais merecem ressaltar:

O artigo 15, § 1º seja alterado para evidenciar as diversas espécies de diretivas antecipadas;

O artigo 15, § 2º seja alterado para:

Nomear o documento ali disposto como "procuração para cuidados de saúde";

Dispor que a procuração para cuidados de saúde é um documento de representação voluntária e prevalece sobre eventual representante legal;

Esclarecer que se trata de uma espécie de documento de diretivas antecipadas;

Evidenciar que o procurador para cuidados de saúde não precisa ter vínculo de parentesco ou de casamento com o outorgante;

O retirar o prazo de eficácia de 5 anos, pois os documentos de DAV devem ser entendidos como documentos de manifestação de vontade e, portanto, eficazes até que sejam alterados ou revogados pelo outorgante, independentemente de ter mínimo ou máximo. Ademais, o prazo de eficácia de 5 anos é usado pela lei 25/12 de Portugal e os dados portugueses demonstram que a inclusão deste prazo burocratizou o registro destes documentos e contribuiu para a baixa adesão dos cidadãos.

O termo "vontade antecipada de curatela", previsto no art. 1.778-A seja substituído pelo termo "autocuratela";

O termo "diretiva antecipada de curatela", previsto no art. 1.778-B seja substituído por "autocuratela".

Alternativamente, caso o termo "autocuratela" seja rechaçado, haja a substituição do termo "vontade antecipada de curatela/diretiva antecipada de curatela" por outro que diferencie o instituto dos documentos de diretivas antecipadas de vontade (Dadalto, 2024).

Ainda, é pertinente destacar a análise de um outro ponto de vista trazido pelos pesquisadores Magalhães e Verçosa (2025), no artigo "Capacidade civil e atividade mercantil: análise comparativa do Código Civil vigente e as inovações do PL 04/25". Os autores realizam uma leitura integrada dos dispositivos legais, reconhecendo que o Projeto de Lei nº 04/25 representa um esforço ambicioso de modernização do ordenamento jurídico brasileiro. A proposta legislativa busca atualizar conceitos centrais da estrutura dos direitos da personalidade e da capacidade civil, promovendo uma tentativa de alinhamento com as diretrizes internacionais de direitos humanos e de respeito à autonomia individual.

No entanto, ao abordar especificamente os artigos 13, 14, 15 e 15-A do Projeto, que tratam da disposição do próprio corpo para fins médicos, científicos ou de transplante, bem como das Diretivas Antecipadas de Vontade e da recusa a tratamento médico, os autores apontam para possíveis fragilidades do novo texto

legal, como a possibilidade de criação de um excesso de burocracia, caso não haja regulamentação infralegal clara e eficaz para garantir a validade e a aplicabilidade dessas manifestações de vontade. Dessa forma, embora sob uma ótica distinta, a análise de Magalhães e Verçosa (2025) converge com o entendimento de que os dispositivos propostos ainda carecem de complementações normativas.

Por tudo isso, e com base nas análises dos referidos autores, conclui-se que a simples regulamentação das DAV não é suficiente diante da carência de um conhecimento mais aprofundado sobre o tema. Embora o Projeto vise à introdução formal das DAV no ordenamento jurídico brasileiro, sua efetiva contribuição para a garantia da autonomia do paciente – e, conseqüentemente, para a concretização do direito à morte digna – ainda é limitada, principalmente pelas inconsistências terminológicas presentes no texto normativo, que dificultam sua aplicação e podem gerar insegurança jurídica. Nesse sentido, é oportuno retomar a previsão de Godinho (2016), que, para promover a segurança jurídica das DAV, sugere a criação de um cadastro nacional para facilitar o acesso dos médicos a essas diretivas e a inclusão da objeção de consciência no ordenamento jurídico, como uma medida essencial para os profissionais de saúde.

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar criticamente a eutanásia como instrumento de efetivação do direito à morte digna no Brasil, evidenciando os entraves jurídicos, éticos e sociais que dificultam sua regulamentação. Ao longo do estudo, ficou evidente que a morte ainda é cercada por tabus e desinformações, o que contribui para confusões terminológicas que comprometem a clareza dos debates e dificultam avanços legislativos e sociais sobre o tema – sobretudo em relação a conceitos específicos, como a morte digna ou a morte assistida.

Nesse contexto, a análise conceitual revelou-se essencial para esclarecer os equívocos envolvendo o termo “eutanásia”, distinguindo-o de práticas como o suicídio assistido, a ortotanásia e a distanásia. Compreendeu-se que a eutanásia – em qualquer de suas modalidades e classificações – apresenta dois elementos centrais: a intervenção de um terceiro para abreviar a vida de um paciente em sofrimento irreversível ou morte iminente, e a possibilidade de o paciente não estar consciente no momento da prática, sendo ou não manifestada previamente sua vontade, o que diferencia a prática do suicídio assistido e reforça a importância de instrumentos como as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que permitem a manifestação da vontade do paciente em situações futuras de incapacidade.

Verificou-se também que, embora a maioria dos estudiosos e casos registrados estejam relacionados à eutanásia voluntária – ou seja, com consentimento prévio do paciente –, a classificação não voluntária admite sua aplicação mesmo sem manifestação expressa de vontade, como em casos de pacientes em coma profundo, quando a decisão é tomada pela família, ainda que sem qualquer indício prévio de desejo do próprio paciente.

Ademais, concluiu-se que, embora a eutanásia passiva e a ortotanásia se assemelhem por envolverem a suspensão de medidas de sustentação artificial da vida, elas se distinguem principalmente pelo objetivo: enquanto a ortotanásia prioriza os cuidados paliativos e o respeito ao processo natural da morte, a eutanásia visa abreviar deliberadamente a vida. Dessa forma, percebe-se que a eutanásia, quando analisada com profundidade, distingue-se significativamente dos demais institutos relacionados ao fim da vida.

Nesse sentido, a ortotanásia aparece como o instituto de fim de vida mais aceito no campo jurídico e bioético, sendo considerada, nesses campos, o que mais

se aproxima da concepção de morte digna, e respaldada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.805/2006, que autoriza médicos a limitarem tratamentos em pacientes terminais, respeitando sua vontade ou a de seus representantes legais. Essa regulamentação, ainda que advinda de ato normativo, contrasta com o silêncio legislativo em relação à eutanásia.

Encerradas as conclusões acerca dos aspectos conceituais dos institutos relacionados ao fim da vida, conclui-se que, de maneira geral, a linguagem e as terminologias utilizadas em torno da eutanásia e desses institutos são de extrema importância, uma vez que, como foi observado, diversos Projetos de Lei propostos restaram frustrados ou desarrazoados em virtude de equívocos dessa natureza.

Na sequência do trabalho, do ponto de vista histórico, observou-se que o conceito de eutanásia sofreu diversas transformações, desde suas origens na Antiguidade até o uso distorcido no regime nazista, quando foi associada a práticas eugenistas e higienistas. Esse passado contribui para a desconfiança que ainda cerca o tema. No entanto, a eutanásia contemporânea, analisada sob óticas éticas e jurídicas responsáveis, fundamenta-se na autonomia do paciente, no alívio do sofrimento e na dignidade até o fim da vida.

No plano constitucional, com base na análise do debate travado entre a indisponibilidade da vida e a dignidade humana no contexto da morte digna, a pesquisa evidenciou que o direito à morte digna pode ser compreendido como uma extensão do direito à vida digna, uma vez que morrer faz parte da existência humana. Também foram apontadas algumas críticas, não somente quanto ao rechaço à eutanásia, mas também quanto à lentidão com que o ordenamento jurídico brasileiro lida com o tema da morte digna, como o paternalismo jurídico e a concepção como um direito e uma obrigação.

Nesse sentido, o conceito de morte digna, conforme compreendido neste trabalho, está intrinsecamente ligado ao direito de autodeterminação do indivíduo sobre seu corpo e destino. Morrer com dignidade implica ter a liberdade de recusar tratamentos desproporcionais (distanásia), optar por cuidados paliativos e, em casos extremos, abreviar o sofrimento por meio da eutanásia.

Nesse mesmo tópico, ao se abordar a morte digna, foi possível concluir que a eutanásia não figura como um sinônimo de morte digna, tampouco a representa em sua totalidade, mas pode ser uma ferramenta legítima para o seu alcance, num

contexto em que haja regulamentação.

Dessa forma, com base nos elementos analisados, conclui-se que a conjugação de fatores como o desconhecimento acerca do tema e a concepção da vida como um bem irrenunciável contribui de maneira significativa para a perpetuação do silêncio legislativo. Tal lacuna de conhecimento manifesta-se de forma clara e direta na omissão do Poder Legislativo, que se abstém de regulamentar práticas capazes de assegurar o exercício do direito à morte digna, ocasionando diversas consequências no contexto de terminalidade da vida.

Entre essas consequências, destaca-se aquela que constitui um foco central deste trabalho: a situação dos pacientes que, diante de condições extremas de dor e sofrimento, não mais desejam prosseguir vivendo, mas que, por ausência de respaldo legal, veem-se impedidos de exercer sua autonomia para abreviar tal sofrimento. Como resultado, são privados de qualquer possibilidade de vivenciar a morte com dignidade ou de exercer plenamente seu direito à autodeterminação.

Em segundo lugar, conclui-se pela ausência de segurança jurídica para os profissionais da saúde diante de situações envolvendo pacientes que manifestam o desejo de cessar tratamentos voltados à medicalização abusiva ou que se encontram em estado de morte iminente. Diante da inexistência de regulamentação clara, esses profissionais se veem compelidos a manter condutas distanásicas, motivados pelo receio de serem responsabilizados por omissão de socorro ou outras implicações legais decorrentes da interrupção das intervenções médicas.

A distanásia, nesse cenário, representa uma prática criticada por prolongar artificialmente a vida em detrimento da qualidade de vida do paciente – uma conduta amplamente rechaçada pelas críticas bioéticas. O preenchimento das lacunas legislativas poderia contribuir significativamente para o seu afastamento.

A desigualdade social, por fim, também se impõe como consequência da inércia legislativa: enquanto indivíduos com maior poder aquisitivo buscam alternativas em países onde a morte assistida é legalizada, como fez o poeta Antônio Cícero, na Suíça, pessoas em situação de vulnerabilidade permanecem reféns de um sofrimento prolongado sem alternativas compatíveis com a dignidade. Trata-se de mais uma face da omissão do Estado brasileiro, que aprofunda as desigualdades mesmo no contexto da morte.

A análise comparativa com ordenamentos jurídicos internacionais, como os

da Colômbia, Uruguai, Canadá e diversos países europeus, demonstrou que é viável conciliar a proteção à vida com o respeito à autonomia individual e à dignidade da pessoa humana, por meio da regulamentação da eutanásia e do suicídio assistido. Essas experiências estrangeiras fornecem importantes subsídios teóricos e práticos que contribuem para a reflexão crítica sobre o modelo brasileiro, o qual se mantém estagnado e resistente ao avanço do debate, não apenas quanto à regulamentação da eutanásia, mas também no que tange à efetivação do direito à morte digna em sua plenitude.

Do ponto de vista jurídico, no que se refere às normas vigentes e aos projetos legislativos em tramitação, conclui-se que a eutanásia permanece proibida no ordenamento jurídico brasileiro, sendo tipificada como homicídio privilegiado no Código Penal. Ainda que o Projeto de Lei do Senado nº 236/2012, que trata do proposto novo Código Penal, mencione expressamente a eutanásia, tal inclusão não representa qualquer avanço ao debate. Pelo contrário, ao prever um artigo específico apenas para reafirmar sua criminalização, o projeto reforça a resistência à regulamentação da prática.

Paralelamente, tramita o Projeto de Lei nº 4/2025, que propõe a incorporação das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ao Código Civil. Esse projeto, diferentemente do anterior, representa um passo importante no avanço do debate sobre a morte digna, pois reconhece a DAV como um instrumento promissor para garantir a autonomia do paciente nas decisões sobre tratamentos médicos futuros, especialmente em casos de incapacidade.

Não obstante, o texto ainda demanda ajustes significativos, sobretudo no tocante à padronização conceitual das DAV, uma vez que a redação atual pode gerar confusão entre a manifestação de vontade sobre cuidados médicos e a administração de bens e direitos civis. Além disso, a previsão de um prazo de validade de cinco anos para as DAV é vista como um fator de burocratização que pode desestimular a adesão ao instrumento, comprometendo sua efetividade.

Dessa forma, conclui-se que, embora existam propostas em andamento voltadas à regulamentação de mecanismos que promovem a morte digna, questões fundamentais seguem sendo negligenciadas – inclusive no plano conceitual, como revela o próprio texto do Projeto de Lei nº 4/2025 –, um cenário que evidencia que, antes da consolidação normativa, é imprescindível promover um aprofundamento

do debate em torno dos aspectos essenciais do tema, de modo a garantir uma base sólida e coerente para a elaboração de uma legislação efetiva.

Nesse contexto, a análise das normativas institucionais médicas revela a relevância das resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, mesmo possuindo caráter infralegal, vêm se adiantando ao ordenamento jurídico ao oferecer diretrizes práticas sobre temas sensíveis. Exemplo disso é a Resolução CFM nº 1.805/2006, que trata da ortotanásia, suprimindo lacunas legais importantes ao regulamentar a possibilidade de suspensão de tratamentos que apenas prolongam o sofrimento do paciente. Da mesma forma, a Resolução CFM nº 1.995/2012, ao reconhecer o direito do paciente de manifestar sua vontade sobre tratamentos futuros e de designar um representante por meio das DAV, confere maior visibilidade e efetividade a esses documentos, exercendo papel normativo ao orientar os profissionais da saúde sobre a importância do respeito à autonomia do paciente.

Diante da ausência de regulamentação legal específica, é possível concluir que as resoluções do CFM surgem como resposta à realidade enfrentada pelos profissionais de saúde, que lidam cotidianamente com dilemas éticos para os quais não há respaldo jurídico suficiente. No entanto, sua eficácia encontra limites no fato de constituírem atos normativos de classe, carecendo de força vinculativa no âmbito do ordenamento jurídico nacional, o que reforça a urgência de um posicionamento legislativo claro e efetivo sobre o tema, capaz de conferir segurança jurídica a pacientes, familiares, profissionais da saúde e operadores do direito.

Por tudo o que foi analisado, estudado e desenvolvido, é possível concluir que o ordenamento jurídico brasileiro, ao vedar expressamente a prática da eutanásia e manter-se omissa quanto à garantia do direito à morte digna, compromete gravemente os princípios constitucionais da autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana. A criminalização da eutanásia, sustentada por uma concepção absoluta da sacralidade da vida, desconsidera as complexidades dos casos concretos, negligencia o sofrimento insuportável de pacientes em estado terminal e impõe insegurança jurídica aos profissionais de saúde.

Essa omissão legislativa revela uma profunda resistência cultural e institucional em enfrentar a temática da morte digna. Ao manter-se preso a um modelo médico paternalista, o sistema jurídico brasileiro falha em assegurar o

protagonismo do paciente sobre seu próprio corpo e sua trajetória de vida. Nesse sentido, a regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o fortalecimento dos cuidados paliativos e sobretudo a abertura de um debate público amplo, plural e informado quanto à morte digna e à eutanásia surgem como medidas urgentes para transformar esse cenário de estagnação.

Assim, este trabalho demonstrou que a busca pelo direito à morte digna no Brasil exige reformas legislativas e uma verdadeira mudança de paradigma, começando por questões basilares. Reconhecer a morte como parte do ciclo da vida, e como um momento merecedor de dignidade, é um passo fundamental para garantir aos indivíduos a liberdade de decidir sobre sua existência até o fim. Inserida em um marco normativo ético, criterioso e bem definido, a eutanásia não se configura como violação da vida, mas como expressão última de respeito à autonomia, à dignidade e ao alívio do sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ABL na mídia - Conexão Globo News - **Antônio Cícero, escritor membro da ABL, morre na Suíça e deixa carta de despedida**. [S. I.], 24 out. 2024. Disponível em: <https://www.academia.org.br/noticias/abl-na-midia-conexao-globo-news-antonio-cicero-escritor-membro-da-abl-morre-na-suica-e>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ANGELUCI, Cleber Affonso. Considerações sobre o existir: as Diretivas Antecipadas de Vontade e a morte digna. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, Belo Horizonte, v. 21, p. 39-59, jul./set. 2019. Disponível em <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/464> Acesso em: 12 jan. 2025.

BAPTISTA, Rodrigo. **Código Civil**: Conheça as propostas de juristas para modernizar a legislação. [S. I.]: Agência Senado, 16 abr. 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2024/04/codigo-civil-conheca-as-propostas-de-juristas-para-modernizar-a-legislacao>. Acesso em: 7 abr. 2025.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da EMERJ**, [s. I.], v. 13, n. 50, 2010. Disponível em https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_19.pdf Acesso em: 10 abr. 2025.

BONT, Maribel; DORTA, Katherine; CEBALLOS, Julio; RANDANZZO, Anna; URDENTA-CARRUYO, Eliexer. Eutanásia: una visión histórico - hermenéutica. **Comunidad y Salud**, Maracay, v. 5, n. 2, p. 36-45, 2007. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1989, de 1991**. Dispõe sobre a prática da eutanásia, nas circunstâncias que especifica. Brasília: Câmara dos Deputados, 1991. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=198488> . Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 732, de 1983**. Permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 1983. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=181565> . Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 732, de 1983**. [S.I.]: Câmara dos Deputados, 1983. Disponível

em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29NOV1983.pdf#page=59>.
Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 999, de 1995**. Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, define a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso, bem como a interpretação do parágrafo sétimo do artigo 226 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=185741>
. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Parecer CFM nº 31/1992** (Processo-Consulta CFM nº 2146/92). Relator: Cons. Nei Moreira da Silva. Assunto: Análise do Projeto de Lei nº 1989/1991 do Dep. Gilvam Borges sobre a prática de eutanásia. Interessado: Deputado José Linhares. Brasília, DF, 1992. Acesso em: 10 abr. 2025

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Estabelece que, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, respeitada a vontade do mesmo ou de seu representante legal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Justiça Federal. **Tribunal Regional Federal da 1ª Região**. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Classe: Ação Civil Pública. 14ª Vara Federal de Brasília, DF. Disponível em:
<https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?secao=DF&proc=200734000148093>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012**. Reforma do Código Penal Brasileiro. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012**. Reforma o Código Penal brasileiro. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/166998>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 191836/AL**. Impetrante: Defensoria Pública da União. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Julgado em: 16 mar. 2021. Publicado em: 6 abr. 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5703626>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de; ANTUNES, Guilherme Cafure; MARCON, Livia Maria Pacelli; ANDRADE, Lucas Silva; RÜCKL, Sarah; ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. Bioét.**, [s. l.], v. 24, ed. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2025.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA (coordenadores). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, pp. 302. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf> Acesso em: 10 jan. 2025.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. **Pensar**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019. Disponível em <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/9555> Acesso em: 10 jan. 2025.

DADALTO, Luciana. **Proposições para conformação do anteprojeto do Código Civil com a realidade dos documentos de diretivas antecipadas**. [S. l.]: Migalhas, 2 ago. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-das->

civilistas/412528/conformacao-do-anteprojeto-do-cc-com-documentos-de-diretivas. Acesso em: 1 abr. 2025.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev. bioét.**, [s. l.], v. 21, ed. 3, p. 463-76, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/?lang=pt> Acesso em: 1 abr. 2025.

DIAS, Rodrigo Fernandes Moraes. **Desaparecer na ponta dos pés**: história da eutanásia. Orientadora: Jacy Alves de Seixas. 2004. Monografia (Bacharelado em História) - Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2004. Disponível em https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19417?locale=pt_BR Acesso em: 7 abr. 2025.

FERREIRA, Luiz Claudio. **Morte de Antonio Cicero reacende debate sobre eutanásia**. Brasília: Agência Brasil, 27 out. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-10/morte-de-antonio-cicero-reacende-debate-sobre-eutanasia>. Acesso em: 7 abr. 2025.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade**: o sentido de viver e morrer com dignidade. Curitiba: Juruá Editora, 2016. 196 p.

GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Núcleo Interinstitucional de Bioética, 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>. Acesso em: 10 abr. 2025.

GUILLÉN, Diego Gracia. **Primum non nocere**: El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina de España, 1990. ISBN 8440465750. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=8xnx7jbhYCYC&oi=fnd&pg=PA3&dq=diego+gracia+eutanasia+competencia&ots=KLkhcJEcoV&sig=mY2EGZQNWzw-jxYsYOut7RFIk7g#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 26 mar. 2025.

KARINE, Rodrigues. Encampada pelo nazismo, eugenia já foi emblema de modernidade no Brasil. In: **Fundação Oswaldo Cruz**. [S. l.], 10 fev. 2021. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/encampada-pelo-nazismo-eugenia-ja-foi-emblema-de-modernidade-no-brasil/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

LOBO, Paulo Luiz Neto. **Direito Civil – Parte Geral**. 13. ed. V. 1 São Paulo: SaraivaJur, 2024.

MAGALHÃES, Giovani; VERÇOSA, Harold Malheiros Duclerc. **Capacidade civil e atividade mercantil**: Análise comparativa do Código Civil vigente e as inovações do PL 04/25. [S. l.]: Migalhas, 10 mar. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/425950/capacidade-civil-e-atividade-mercantil-analise-do-cc-e-do-pl-04-25>. Acesso em: 1 abr. 2025.

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Pensar**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 779-818, set./dez. 2014. Disponível em https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/3433/pdf_1. Acesso em: 7 abr. 2025.

PESSINI, Leo. **Eutanásia**: Por que abreviar a vida?. São Paulo: Editora Loyola, 2004. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=P2krC7jgN2MC&oi=fnd&pg=PA2&dq=+Leo+Pessini+\(2004\)&ots=UCqeaLI9jQ&sig=wWTzkkZViWvJcKV9AHZ_mzhPn6l#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=P2krC7jgN2MC&oi=fnd&pg=PA2&dq=+Leo+Pessini+(2004)&ots=UCqeaLI9jQ&sig=wWTzkkZViWvJcKV9AHZ_mzhPn6l#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 6 abr. 2025.

PIMENTEL, DANIELLE CORTEZ. **Eutanásia**: crime contra a vida ou direito fundamental? O direito de escolher. Orientador: Hugo de Brito Machado Segundo. 2012. Dissertação (Pós-Graduação em Direito Constitucional) - Universidade Federal do Ceará, [S. l.], 2012. Disponível em <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12593>. Acesso em: 6 abr. 2025.

SARTORI, Márcia. **Legalização da eutanásia**: implicações legais, éticas e religiosas. In: ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 8., 2003, São José dos Campos. Anais [...]. São José dos Campos: Univap, 2003. Disponível em: https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2003/trabalhos/inic/6cienciassociaisaplicadas/IC6-96.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

SCHRAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 48, ed. 1, p. 17-20, 2002. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2258/1408>. Acesso em: 24 mar. 2025.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da Personalidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 31-41, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/YzfWXq4yZvc9whnZpktyWHs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2025.

United States Holocaust Memorial Museum. **Programa de Eutanásia e Aktion T4.** Holocaust Encyclopedia. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/euthanasia-program>. Acesso em 16 mar. 2025.

ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 dez. 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 jul. 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º 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.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário (Brasília, DF, 2006).

ANEXO B – Resolução CFM nº 1.995/2012

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;
CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012, RESOLVE:
Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer

não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação (Brasília, DF, 2012).