



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - CCJ
CURSO DE DIREITO - UNIDADE SANTA RITA**

Jéssica Oliveira Galvão

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E A DIGNIDADE DA PESSOA
HUMANA: ASPECTOS BIOÉTICOS E JURÍDICOS NO CENÁRIO BRASILEIRO**

SANTA RITA – PB

2025

JÉSSICA OLIVEIRA GALVÃO

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E A DIGNIDADE DA PESSOA
HUMANA: ASPECTOS BIOÉTICOS E JURÍDICOS NO CENÁRIO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba (DCJ-CCJ), como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Roberta Candeia Gonçalves

SANTA RITA – PB

2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G182d Galvão, Jéssica Oliveira.

Diretivas antecipadas de vontade e a dignidade da
pessoa humana: aspectos bioéticos e jurídicos no
cenário brasileiro / Jéssica Oliveira Galvão. - Santa
Rita, 2025.
69 f.

Orientação: Roberta Candeia Gonçalves.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ-SANTA RITA.

1. Diretivas antecipadas de vontade. 2. Dignidade da
pessoa humana. 3. Autonomia. 4. Princípios bioéticos.
5. Resolução nº 1.995/2012. I. Gonçalves, Roberta
Candeia. 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 “Diretivas antecipadas de vontade e a dignidade da pessoa humana: aspectos bioéticos e jurídicos no cenário brasileiro”, do(a) discente(a) JESSICA OLIVEIRA GALVAO, sob orientação do(a) professor(a) Dra. Roberta Candeia 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. Roberta Candeia Gonçalves

Dra. Ana Paula Correia de Albuquerque da Costa

Dra. Eloísa Dias Gonçalves

Dedico este trabalho a todos os meus pacientes, cuja coragem e fé, demonstradas nos momentos de dor física e emocional, são uma fonte constante de inspiração. Como Psicóloga, aprendi a acolher e auxiliar no alívio e enfrentamento do sofrimento. Com os olhos voltados para o Direito, comprometo-me a transformar essa escuta sensível em ação, contribuindo para a promoção da justiça e da dignidade humana. Que este estudo seja um reflexo da minha dedicação e respeito a vocês.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, hoje e sempre, agradeço a Deus, que me deu forças e sabedoria para enfrentar todos os desafios ao longo desta jornada. Sem a Sua presença constante em minha vida, nada disso seria possível.

Agradeço ao meu esposo, Geraldo Neto, por entender minhas ausências e por sempre estar ao meu lado. Sua confiança em mim foi fundamental para que eu seguisse em frente.

À minha avó, Dona Dora, *in memoriam*, minha saudade e lembrança constante de amor, força e sabedoria.

Aos meus pais, Ana Maria e Dimas, por sempre acreditarem em mim e por me incentivarem a buscar o meu melhor.

À minha irmã, Gabriela, pelo apoio e por simplesmente existir na minha vida.

Aos meus familiares e amigos, por estarem ao meu lado nos momentos de celebração e também nos de luta.

Às amigas que fiz durante o curso, que se tornaram mais do que colegas de jornada. Vocês me fizeram perceber que, desta vez, "fazer no meu tempo" não era a melhor opção, motivando-me a concluir esse ciclo da forma como começamos: Juntos!

Aos professores que me ensinaram muito mais do que o conteúdo das disciplinas. Em especial, à minha orientadora, Roberta Candeia Gonçalves. Sua orientação foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos profissionais da saúde, especialmente aos meus colegas de plantão e amigos, por seguirem comigo nessa missão de cuidar do outro com ética e respeito.

Aos meus pacientes do hospital, que foram a grande inspiração para a escolha do tema deste trabalho. São eles que, com suas histórias, me ensinam a cada dia sobre a importância de respeitar a dignidade e os desejos da pessoa no curso de uma doença, sobretudo, diante da terminalidade da vida.

E, por fim, a mim mesma, por ter ousado realizar o sonho daquela menina de 16 anos que, apesar das dificuldades, almejava formar-se em duas áreas: Psicologia e Direito. Hoje, vejo que esse sonho se tornou realidade, e sou grata por ter seguido em frente, mesmo quando o caminho parecia desafiador.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

Na interface entre o Direito e a Saúde, um tema de grande relevância envolve as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que compreendem um gênero de documento de manifestação de vontade para tratamento médico que inclui: (a) o Testamento Vital, que especifica os cuidados e tratamentos que o paciente aceita ou recusa submeter-se; e (b) o Mandato Duradouro que nomeia um representante para tomar as decisões pelo paciente, quando este encontrar-se incapaz de expressar suas vontades. No Brasil, esse instrumento é reconhecido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012, com respaldo constitucional no princípio da dignidade da pessoa humana; mas não há legislação específica sobre o tema, o que gera controvérsias sobre sua aplicabilidade. Diante disso, objetivou-se analisar a aplicabilidade e as limitações das DAV no contexto brasileiro, à luz dos atuais marcos bioéticos, normativos e jurídicos. Foi realizada pesquisa bibliográfica analítica-descritiva do tema, confrontando o referencial teórico selecionado com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, especificamente o julgamento conjunto dos Recursos Extraordinários nº 979.742 e nº 1.212.272. Vislumbraram-se os princípios bioéticos e a dignidade da pessoa humana como fundamentais para compreensão da temática, sendo a autonomia um fator fundamental para a preservação da dignidade. O estudo validou os benefícios da postura do CFM e a decisão do STF, que consolidou o direito do paciente à autonomia, ressaltando que o direito à vida não é absoluto, nem tampouco pode ser interpretado dissociado da dignidade e de outros princípios. Contudo, não houve avanço substancial quanto à prática desse instrumento. Permanece a lacuna legislativa sobre a temática o que gera insegurança jurídica, sendo necessária a normatização legal que discipline as DAV para assegurar a autonomia e a dignidade na vida, nas decisões de saúde e no processo de morrer.

Palavras-chave: diretivas antecipadas de vontade; dignidade da pessoa humana; autonomia; princípios bioéticos; resolução nº 1.995/2012.

ABSTRACT

At the interface between Law and Health, a topic of significant relevance concerns Advance Directives (ADs), which constitute a category of documents through which individuals express their will regarding medical treatment. These include: (a) the Living Will, which outlines the types of care and treatments the patient consents to or refuses to undergo; and (b) the Durable Power of Attorney for Health Care, which designates a proxy to make healthcare decisions on behalf of the patient when they are no longer capable of articulating their preferences. In Brazil, this instrument is recognized by Resolution No. 1,995/2012 of the Federal Council of Medicine, grounded constitutionally in the principle of human dignity. Nevertheless, the absence of specific legislation on the matter gives rise to debates and legal uncertainties concerning its enforceability. In this context, the present study aims to examine the applicability and limitations of ADs within the Brazilian legal framework, in light of contemporary bioethical, normative, and legal standards. An analytical-descriptive bibliographic review was conducted, juxtaposing the selected theoretical framework with the jurisprudence of the Federal Supreme Court, particularly the joint judgment of Extraordinary Appeals No. 979,742 and No. 1,212,272. Bioethical principles and the notion of human dignity emerge as essential foundations for the comprehension of the subject matter, with autonomy identified as a core element in the preservation of dignity. The study endorses the merits of both the Federal Council of Medicine's stance and the Supreme Court's decision, which affirmed the patient's right to autonomy—emphasizing that the right to life is not absolute, nor can it be construed in isolation from the principle of dignity and other fundamental rights. However, despite this progress at the normative and judicial levels, substantial advances in the practical implementation of ADs remain limited. The legislative vacuum surrounding the topic persists, engendering legal uncertainty. Therefore, the formulation of specific legal provisions regulating ADs is imperative to safeguard individual autonomy and human dignity in life, in healthcare decision-making, and in the dying process.

Keywords: advance directives; human dignity; autonomy; bioethical principles; Resolution No. 1,995/2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

Art. – Artigo

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EUA – Estados Unidos da América

GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCP - Política Nacional de Cuidados Paliativos

POLST - *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PSDA – *Patient Self-Determination Act*

RE – Recurso Extraordinário

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 BIODIREITO: A INTERFACE ENTRE O DIREITO, A BIOÉTICA E A SAÚDE ...	14
2.1 A bioética ao longo do tempo: reflexões históricas e princípios bioéticos	14
2.2 Biodireito: a regulação jurídica das práticas bioéticas	19
2.3 O princípio da dignidade humana como pilar na bioética e no biodireito	21
3 DIREITO À VIDA E À MORTE DIGNA.....	28
3.1 O direito à vida como direito fundamental	28
3.2 Limites ético-jurídicos da intervenção médica no fim da vida.....	31
3.3 Aspectos éticos e jurídicos da ortotanásia e dos cuidados paliativos no Brasil.....	36
4 ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV).....	42
4.1 Histórico das DAV	42
4.2 DAV: testamento vital e mandato duradouro.....	47
4.3 DAV no contexto brasileiro	49
4.4 As DAV na jurisprudência do STF: um olhar sobre a dignidade da pessoa humana e a autonomia	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	64

1 INTRODUÇÃO

A vida humana, em sua complexidade, é atravessada por eventos que, embora universais — como o nascimento, o processo de saúde-doença e a morte — são vividos e interpretados de maneiras distintas ao longo do tempo. Essas experiências relativas ao ciclo da vida não são homogêneas, tampouco se apresentam rigidamente engessadas no tempo. Ao contrário, são atravessadas por significativas transformações culturais, sociais, científicas e jurídicas de cada época.

Tendo em vista essas transformações, o Direito é convocado a dialogar com os novos sentidos atribuídos às experiências humanas, bem como com outros campos do saber, como a filosofia, a saúde, a bioética, além de outras áreas. Nessa conjuntura, cabe-lhe disciplinar e oferecer respostas normativas capazes de acolher a pluralidade de vivências e assegurar de forma contínua e efetiva a proteção dos direitos fundamentais, acompanhando as transformações sócio-temporais. Tal compromisso se mostra ainda mais imprescindível em contextos sensíveis e complexos como aqueles relacionados à saúde, ao sofrimento e ao processo de morrer.

As descobertas médicas e as inovações tecnológicas em saúde ampliaram as possibilidades de prolongar a vida, mas, paralelamente, trouxeram novos questionamentos sobre os limites éticos do tratamento e da intervenção médica. Nesse contexto, sobretudo quando o prolongamento da existência biológica por meios artificiais se dá em desconformidade com a vontade do indivíduo, surgem intensos debates, sobre a proteção à vida, o respeito à dignidade da pessoa humana e o reconhecimento da autodeterminação do indivíduo nas decisões de saúde.

Assim sendo, um dos temas que têm ganhado relevo nas discussões atuais, na interface entre a ética, a saúde e o Direito (Biodireito), envolve as diretivas antecipadas de vontade como expressão da autonomia do paciente, no contexto dos cuidados paliativos e da ortotanásia. Contudo, a ausência de legislação específica sobre o tema gera questionamentos sobre a sua aplicabilidade e suscita dilemas éticos e práticos tanto para os profissionais da saúde quanto para os operadores do Direito.

Ante o exposto, o presente trabalho debruçou-se em compreender as diretivas antecipadas de vontade no ordenamento jurídico brasileiro, a partir de reflexões sobre a preservação da autonomia e da dignidade da pessoa, fundamentadas na ortotanásia, nos cuidados paliativos e nos princípios da bioética e do biodireito.

Nessa perspectiva, a problemática central resume-se aos seguintes questionamentos: Considerando a ausência de legislação sobre as diretivas antecipadas de vontade, é possível a implementação desse instituto de modo eficaz? E, ainda, tendo em vista os princípios bioéticos e o princípio da dignidade da pessoa humana — que compreende o respeito à autonomia do indivíduo —, impõe a seguinte reflexão: em face de decisões sobre o próprio tratamento, prevalece o direito à vida em sua dimensão absoluta ou o direito de escolha do paciente, enquanto expressão de sua liberdade individual e autodeterminação?

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem exploratória e analítico-descritiva, voltada à investigação da aplicabilidade, eficácia, limitações e controvérsias envolvendo as diretivas antecipadas de vontade. Para tanto, confrontaram-se as normativas atualmente vigentes e os entendimentos jurisprudenciais do Supremo Tribunal Federal com o referencial teórico selecionado, construído a partir de um levantamento bibliográfico consistente, envolvendo obras doutrinárias, artigos científicos, produções acadêmicas, dispositivos legais e demais fontes pertinentes ao tema específico.

Assim, a relevância deste estudo reside, em primeiro lugar, na necessidade de aprofundar o debate sobre as diretivas antecipadas de vontade como instrumento de efetivação da autonomia e da dignidade da pessoa humana. Em um cenário em que os avanços da medicina tornam possível o prolongamento artificial da vida, muitas vezes em desacordo com os valores e desejos do paciente, torna-se imprescindível refletir sobre os limites éticos e jurídicos da intervenção médica, sobretudo nos momentos finais da existência.

Além disso, a ausência de legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro, com as diretivas sendo reguladas apenas por resoluções infralegais do Conselho Federal de Medicina, suscita inúmeras dúvidas quanto à sua aplicabilidade, abrangência e segurança jurídica. Essas incertezas afetam não apenas os profissionais da saúde e as instituições hospitalares, mas também os pacientes, familiares e, inclusive, operadores do Direito, que enfrentam dilemas complexos e carecem de respaldo normativo claro e eficaz.

Diante disso, torna-se essencial promover discussões sobre o tema, identificar os principais desafios existentes e propor alternativas viáveis para a consolidação desse instituto no contexto brasileiro, com respaldo ético e jurídico.

Por fim, a escolha do tema foi motivada também pelas vivências no ambiente hospitalar, enquanto psicóloga, onde é constante o enfrentamento de dilemas éticos e de decisões difíceis no fim da vida. A ausência de diretrizes claras sobre a vontade do paciente evidencia desafios práticos que afetam sua autonomia e dignidade.

No cotidiano profissional, é possível perceber com nitidez os entraves na comunicação entre a equipe de saúde, a pessoa enferma e os seus familiares, o que muitas vezes resulta em decisões fragmentadas. E o paciente — que deveria ser o protagonista do cuidado — acaba sendo colocado em segundo plano, enquanto familiares e profissionais assumem o papel de decidir por ele, geralmente em meio a pressões emocionais e urgências clínicas.

Essa realidade revela uma séria dificuldade na construção de um plano de tratamento que esteja verdadeiramente alinhado com os valores, crenças e vontades da pessoa. Em grande parte das situações, não há um diálogo prévio que permita compreender o que o indivíduo gostaria ou não de vivenciar no seu cuidado. Nesse cenário, a ausência de Diretivas Antecipadas de Vontade, ou mesmo o desconhecimento sobre sua existência, frequentemente coloca os profissionais de saúde e os familiares diante de dilemas éticos complexos, gerando angústias, disputas emocionais e, por vezes, o prolongamento do sofrimento evitável.

Tendo em vista o exposto, diante das vivências práticas no contexto hospitalar e dos desafios éticos observados, optei por aprofundar esta temática sob a perspectiva do Biodireito, com o objetivo de refletir sobre alternativas sensíveis e fundamentadas para lidar com essas situações. Assim sendo, como última justificativa, mas não menos relevante, reside o desejo sincero de contribuir para a construção de práticas mais humanas e juridicamente seguras, que acolham a complexidade da experiência do viver e do morrer.

Nesse contexto, o presente trabalho busca lançar luz sobre essa temática e contribuir para o esclarecimento dos conflitos éticos, médicos e jurídicos envolvidos na tomada de decisões sobre o tratamento em situações difíceis e de final da vida. Ao promover um olhar interdisciplinar, que articule os princípios bioéticos, os direitos fundamentais e os desafios da prática médica, pretende-se colaborar para a construção de diretrizes normativas mais claras, seguras e humanizadas, capazes de orientar tanto a conduta dos profissionais quanto o posicionamento do sistema jurídico diante dessas situações limítrofes.

Tendo em vista o panorama delineado, este estudo teve como objetivo geral analisar a aplicabilidade e as limitações das diretivas antecipadas de vontade no contexto brasileiro, à luz dos atuais marcos bioéticos, normativos e jurídicos.

Para tanto, propõe-se, de forma específica a: (a) Traçar o percurso histórico da bioética e do biodireito, com ênfase na consolidação de seus princípios fundamentais, notadamente o da dignidade da pessoa humana; (b) Examinar os aspectos éticos e jurídicos relacionados à regulação da vida, da saúde e do processo de morrer; (c) Conceituar as diretivas antecipadas de vontade, explorando seus fundamentos éticos, legislativos, jurídicos e doutrinários, com especial atenção à sua interface com os direitos à vida, à autonomia e à dignidade do paciente;

e (d) Analisar o posicionamento do Supremo Tribunal Federal quanto à manifestação da vontade do paciente, com destaque para o julgamento conjunto dos Recursos Extraordinários nº 979.742 (Tema 952) e nº 1.212.272 (Tema 1.069), discutindo as teses firmadas e as lacunas remanescentes no tocante à regulamentação das diretivas no ordenamento jurídico brasileiro.

Para este fim, a estrutura do presente trabalho organiza-se em três eixos fundamentais de discussão.

O capítulo teórico inaugural pretende contextualizar a problemática central do estudo. Logo, dedica-se à apresentação dos fundamentos teóricos que sustentam a discussão, iniciando com o resgate histórico da bioética, sua conceituação, estrutura principiológica e interface com o Direito e a saúde, destacando-se o surgimento do biodireito como campo de convergência interdisciplinar. Enfatiza-se, sobretudo, a consolidação dos princípios fundamentais que o orientam, com especial atenção ao princípio da dignidade da pessoa humana, amplamente debatido ao longo do capítulo.

O capítulo seguinte volta-se à análise do direito à vida e do processo de morrer com dignidade, promovendo uma reflexão sobre os aspectos éticos e jurídicos que permeiam a temática. São abordadas, nesse panorama, as discussões sobre a ortotanásia e os cuidados paliativos no contexto brasileiro, com vistas a problematizar os limites da intervenção médica frente ao sofrimento humano e à autonomia do paciente.

Por conseguinte, o capítulo final dedica-se ao exame das diretivas antecipadas de vontade, retomando os fundamentos éticos e jurídicos discutidos anteriormente. Inicialmente, apresenta-se uma breve contextualização histórica do instituto, seguida pela análise de sua definição, aplicabilidade, limitações e principais desafios. A discussão se desenvolve à luz das normativas infralegais atualmente vigentes no ordenamento jurídico brasileiro, culminando com a análise do posicionamento do Supremo Tribunal Federal sobre o tema, com base na jurisprudência mais recente.

2 BIODIREITO: A INTERFACE ENTRE O DIREITO, A BIOÉTICA E A SAÚDE

Em razão dos consideráveis avanços científicos e tecnológicos, especialmente no campo das ciências biológicas e da saúde, intensificaram-se os dilemas de natureza ética, moral, religiosa, econômica, cultural e jurídica. Em contraponto com a evolução biotecnológica, há questões cruciais sobre os limites da intervenção humana na natureza e na vida, o que inclui a preocupação com os direitos dos pacientes e dos cidadãos afetados por experimentos, condutas terapêuticas e impactos ambientais. Nesse contexto, a Bioética surgiu como uma área de estudo interdisciplinar direcionada aos dilemas éticos relativos à vida humana e à preservação do ecossistema (Leite, 2018). Conforme ressalta o autor:

O desenvolvimento tecnológico deve estar a serviço do ser humano, propiciando-lhe uma vida saudável e digna. A ciência não pode colocar em risco a vida dos seres, pois possui um caráter instrumental e não finalístico. Por tais razões, **em qualquer situação em que a vida seja objeto de discussão, a bioética certamente se fará presente, pois aquela é a sua área de atuação** (Leite, 2018, p. 9, grifo nosso).

Dada a importância desse campo de saber perante os desafios e temas relacionados à vida, antes de debater sobre a problemática central do presente trabalho, é pertinente traçar a evolução histórica da bioética, sua conceituação e base principiológica, especialmente em relação às decisões sobre o corpo e os tratamentos médicos. Tais tópicos serão abordados no presente capítulo, sendo exposta a interface entre o direito, a bioética e a saúde.

2.1 A bioética ao longo do tempo: reflexões históricas e princípios bioéticos

Etimologicamente, a palavra Bioética é uma junção das palavras gregas *bios* (vida - referindo-se, a princípio, à vida humana, e, posteriormente, a todos os seres vivos) e *ethike* (ética). Precisamente, a bioética trata de questões de ordem ética e moral que não apresentam um consenso com vistas a orientar as pesquisas e práticas profissionais para reduzir os riscos e proporcionar benefícios a todos (Maluf, 2020). Já no que diz respeito às origens do neologismo da palavra, discutem-se alguns marcos importantes descritos a seguir.

A origem do termo “Bioética” data da década de 20. Fritz Jahr, em analogia ao imperativo categórico de Kant, propôs o seguinte “imperativo bioético”: “Respeita cada ser vivo como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal!” (Jahr, 1926, p. 605). Nesses termos, o filósofo apresenta uma visão ampla da bioética ao refletir sobre a ética, o respeito e a compaixão por todos os seres vivos, incluindo os seres humanos, os animais e o meio ambiente.

Em razão da relevância do Imperativo Bioético, Fritz Jahr foi reconhecido por diversos pesquisadores internacionais em um evento sobre o nascimento da Bioética realizado em Halle, na Alemanha, no ano de 2012, como o "Pai da Bioética", embora não de forma exclusiva. A consolidação desse campo de saber ocorreu a partir de momentos históricos marcantes e pela contribuição de distintos autores, os quais pavimentaram o caminho para sua reflexão, conceituação e delimitação com a abordagem do tema em variados contextos (Hoss, 2013).

As raízes históricas da Bioética são anteriores ao uso do termo, uma vez que remontam à Grécia Antiga, com os primeiros filósofos e a origem da Medicina, quando já existia uma preocupação ética com as práticas biológicas. Contudo, a sua história consolida-se mais formalmente a partir do século XX, quando as rápidas inovações na medicina e nas ciências biológicas levantaram questões que antes não eram amplamente discutidas (Sá; Naves, 2018).

Com efeito, o desenvolvimento das ciências empíricas e a sua separação das ciências humanas estabeleceram avanços científicos significativos. A ciência, fortalecida pelo positivismo, era vista, inquestionavelmente, como superior e correta (Nunes; Nunes, 2004). Como consequência, o cientista, durante o século XIX e a primeira parte do século XX, detinha o status de detentor do saber científico, técnico e moral; um poder que o colocava acima do bem e do mal e que limitava o debate ético direcionando-o para o caráter técnico (Sá; Naves, 2018).

Conforme Nunes e Nunes (2004) refletem:

[...] Esse processo de divórcio entre as ciências empíricas e a filosofia, representou uma forma de busca de legitimidade e auto-afirmação das ciências empíricas. Porém, essa separação e podemos dizer até esse antagonismo, entre o saber empírico e o saber reflexivo trouxe também consequências maléficas para ambos.

No momento em que as ciências empíricas se distanciaram das ciências humanas, perderam a capacidade de percepção e auto-reflexão sobre si mesmas, perderam a capacidade de autocrítica e principalmente a possibilidade de gerar sentido em suas atividades (Nunes; Nunes, 2004, p. 615, grifo nosso).

Destarte, as pesquisas e ações justificadas pelo “progresso da ciência” distanciaram-se de reflexões sobre os limites éticos e morais dos estudos, logo, não existia o interesse em estabelecer normas para a realização das pesquisas. Essa lacuna de normas acarretou em práticas questionáveis de pesquisa e, em muitos casos, possibilitou uma série de abusos e violações dos direitos humanos.

Nesse cenário, o período Pós-Segunda Guerra Mundial, especialmente com o julgamento de Nuremberg, representou um momento histórico fundamental para o

desenvolvimento da bioética. A exposição dos horrores dos experimentos médicos realizados pelos nazistas em prisioneiros de guerra sem o consentimento dos envolvidos gerou uma reflexão global sobre a necessidade de estabelecer princípios éticos que regulamentassem a experimentação científica. Como resultado, o Código de Nuremberg, promulgado em 1947, estabeleceu algumas diretrizes, entre elas a adoção do consentimento informado como princípio fundamental em pesquisas envolvendo seres humanos (Mabtum; Marchetto, 2015).

Com o passar dos anos, a bioética evoluiu para uma área mais abrangente de estudo e de reflexões, envolvendo questões éticas complexas relacionadas à saúde e à vida humana, em virtude do desenvolvimento da tecnologia e da biotecnologia. A partir disso, consolidou-se como uma disciplina autônoma, especialmente na década 1970 (Mabtum; Marchetto, 2015).

Em 1970, Van Rensselaer Potter, bioquímico e oncologista americano, introduziu o termo “bioética” em seu artigo “Bioethics, the Science of Survival”, e novamente, no ano seguinte, com a publicação do livro “Bioethics: Bridge to the Future”. Reconhecido como um importante estudioso da área, Potter expôs a necessidade urgente de uma reflexão ética diante do desenvolvimento do conhecimento científico que até então não tinha a devida consideração sobre as suas consequências para a sobrevivência humana (Mabtum; Marchetto, 2015). Desse modo, ele propôs a bioética como uma "ponte" entre as ciências empíricas e as ciências humanas, isto é, uma conciliação entre os valores biológicos e éticos para a preservação da vida no planeta (Nunes; Nunes, 2004).

Ainda na década de 70, a bioética foi aplicada de forma mais específica na análise dos problemas éticos relacionados ao desenvolvimento da Biomedicina e nos novos estudos propostos na área de reprodução humana. Nesse contexto, as discussões acadêmicas culminaram na criação de um instituto dedicado a esse fim, o *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, fundado em 1971, e conhecido atualmente como *Kennedy Institute of Ethics* (Sgreccia, 2009 *apud* Mabtum; Marchetto, 2015).

A partir desses marcos fundamentais, entre outros, a bioética consolidou-se, em 1974, sendo criada a Comissão Nacional para a Proteção dos Interesses Humanos de Pesquisa Bioética e Comportamental, com o fulcro de superar conflitos éticos e delimitar os princípios éticos relativos às pesquisas e aos procedimentos envolvendo seres humanos (Mabtum; Marchetto, 2015).

Nos Estados Unidos, a publicação do Relatório Belmont (*Belmont Report*), no final da década de 70, pela referida comissão, apresentou a base principiológica inicial da bioética quanto às pesquisas biomédicas e comportamentais (Leite, 2018). De acordo com o Relatório,

elaborado em 1978 e publicado no ano seguinte (1979), os chamados "princípios éticos básicos" são conceitos gerais que atuam como uma justificativa fundamental para as diretrizes e avaliações éticas das ações humanas. Propõem-se então três princípios básicos relevantes, a saber: a) respeito pelas pessoas (autonomia); b) beneficência e; c) justiça.

Posteriormente, em 1979, Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram a obra *Principles of Biomedical Ethics*, um avanço no paradigma bioético principiológico que ultrapassou a esfera dos dilemas relacionados à experimentação com seres humanos, envolvendo também a prática médica e assistencial. Além disso, somou-se um princípio aos três que já constavam no Relatório Belmont, de modo que são citados os seguintes quatro princípios: Autonomia; Beneficência; Justiça e Não maleficência (Leite, 2018).

Conforme explicitado no Relatório Belmont (1979), o princípio do Respeito pelas pessoas - ou princípio da autonomia - envolve as convicções éticas de que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e que as pessoas com autonomia diminuída têm direito à proteção. Nesse sentido, além de reconhecer a autonomia, respeitando as opiniões e escolhas, é imposto o dever moral de proteger aqueles com autonomia diminuída.

Nessa perspectiva, Dall'Agnol (2022) reflete que o princípio da autonomia compreende o respeito à liberdade e à capacidade do agente de escolher e tomar decisões, isto é, trata-se da possibilidade de autodeterminação do sujeito. Dessa forma, impede qualquer forma de imposição ou coação, além de também não poder ocasionar um abandono do agente na sua capacidade decisória. Isso implica, no contexto da saúde, no dever de respeitar a liberdade de escolha do paciente, como também de promover esclarecimentos e a autonomia nas decisões da pessoa sobre o seu tratamento.

Já o princípio da beneficência, segundo o Relatório Belmont (1979), compreende duas regras gerais: (1) não causar dano; e (2) maximizar os benefícios e minimizar os danos possíveis. Desse modo, impõe o dever de fazer o bem, maximizando os benefícios. Consoante com esse princípio, o profissional de saúde deve agir em prol dos outros e, assim, garantir ou restituir a saúde do paciente (Dall'Agnol, 2022).

O princípio da não maleficência, por sua vez, embora não tenha sido explicitamente delineado sob essa denominação no Relatório Belmont, já estava implícito em sua concepção fundamental. Este princípio remete ao juramento hipocrático, especialmente na célebre máxima *primum non nocere*, que pode ser traduzida como "em primeiro lugar, não causar dano". Diz respeito, portanto, ao claro dever de não causar dano intencional e desnecessário. Embora tenha sido diferenciado do princípio da beneficência, encontra-se atrelado a ele ao

designar que, se não for possível o profissional da saúde fazer o bem (curando um paciente, por exemplo), ao menos, deve evitar causar mal (Dall’Agnol, 2022).

Por fim, o princípio da justiça, conforme introduzido no Relatório Belmont (1979), compreende duas interpretações possíveis: (1) a primeira interpretação no sentido de “justiça na distribuição” dos benefícios e responsabilidades; e, (2) o segundo significado relacionado a uma “justiça igualitária”, na qual os indivíduos em situação de igualdade devem ser tratados de maneira igual.

Para Dall’Agnol (2022), o princípio em questão traduz-se na obrigação de tratar cada pessoa de forma equânime e justa. Desse modo, em que pese a imparcialidade na assistência, na distribuição de recursos, na tomada de decisões relativas à saúde, entre outras situações, o princípio da justiça impõe a premissa de tratar igualmente os iguais e diferentemente as desigualdades. Logo, corresponde a tratar equitativamente as pessoas, sendo possível haver critérios que justifiquem o estabelecimento de um tratamento desigual para um determinado fim considerado junto, associado a fatores como idade, cor, raça, sexo, entre outros (Leite, 2018, Dall’Agnol, 2022).

A interseção dos quatro princípios da bioética reflete a necessidade de equilibrar valores essenciais ao lidar com questões relacionadas à saúde e à pesquisa científica. Esses princípios estão conectados e complementam-se, sendo que, na prática, as situações bioéticas exigem uma análise cuidadosa, uma vez que os princípios podem sobrepor-se e até mesmo colidir-se na tentativa de preservar a dignidade e garantir os direitos individuais e coletivos.

Dentro do panorama exposto, os princípios discutidos não são absolutos, mas *prima facie*, assim, encontram-se no mesmo nível hierárquico. Nesse caso, todos eles se impõem e, caso haja conflito entre eles em uma dada situação específica, recorre-se à ponderação, mediante a qual formulam-se juízos para tomar-se a decisão acerca dos pesos relativos das normas (Leite, 2018).

Adiante, na perspectiva da saúde, a bioética se propõe a refletir e a estabelecer diretrizes aos profissionais da saúde e de outras ciências sobre situações relacionadas a acontecimentos da vida, como o nascimento, a intervenção médica, a morte, entre outros. Estes, além de serem percebidos como fatos médicos que podem ocasionar problemas éticos, também são entendidos como fatos jurídicos pelas consequências jurídicas que produzem ao criar, alterar ou extinguir situações e/ou relações jurídicas (Sá; Naves, 2018).

Assim, conforme esclarecido por Sá e Naves (2018), apesar de a bioética voltar-se, frequentemente, aos problemas éticos decorrentes dos estudos e das descobertas das ciências

biológicas, em razão, principalmente, dos avanços a partir da segunda metade do século XX, também há outras preocupações principais.

Entre os temas de interesse da bioética, destacam-se, por exemplo, as divergências a respeito das decisões médicas e a autonomia do paciente no campo da saúde. Tal autonomia, além de ser um alicerce da Medicina e da Ética (Bioética), também está presente na vida do Direito (Biodireito), de modo que os campos médico, ético e jurídico encontram-se entrelaçados. Essa convergência de saberes remete ao Biodireito, uma área que aborda a regulação jurídica das práticas bioéticas, sendo elucidado a seguir.

2.2 Biodireito: a regulação jurídica das práticas bioéticas

A propósito, o Biodireito trata, de modo geral, de temas ligados à vida e às relações sociais (Sá; Naves, 2018). Na definição proposta por Maluf (2020), o biodireito é “o novo ramo do estudo jurídico, resultado do encontro entre a bioética e o direito” (p. 28), que regula as relações jurídicas decorrentes dos avanços da biotecnologia e das ciências biomédicas, estabelecendo limites ético-legais para coibir possíveis abusos e para a proteção da dignidade humana e das liberdades individuais.

Além disso, é evidente a clara relação entre a bioética e o direito, uma vez que “questões bioéticas são, sim, questões jurídicas, haja vista que a vida é o eixo de atuação do saber bioético. São, portanto, problemas afetos à Constituição, pois esta consagra a vida como bem jurídico inviolável” (Leite, 2018, p. 10).

Nessa interseção entre o direito e a bioética são abordados temas sensíveis como a manipulação genética, a reprodução assistida, os transplantes de órgãos, a eutanásia e a autonomia e direitos dos pacientes.

Quanto aos princípios do biodireito, não há um documento que estabeleça princípios universais como contemplado no campo da bioética. Por efeito, na tentativa de organizar uma base principiológica de acordo com a amplitude do conteúdo e sua atuação, Sá e Naves (2018) propõem os seguintes princípios: (1) precaução; (2) autonomia; (3) responsabilidade; e (4) dignidade da pessoa humana.

Maluf (2020), por sua vez, destaca uma gama maior de princípios básicos que podem ser aplicados ao biodireito, especificamente: (1) Autonomia; (2) Beneficência; (3) Sacralidade da vida; (4) Dignidade humana; (5) Justiça; (6) Cooperação entre os povos; (7) Precaução; e, (8) Ubiquidade. Dentre estes, os cinco primeiros princípios citados relacionam-se mais

fortemente à base conceitual e aos princípios bioéticos, sendo definidos pelo autor da seguinte forma:

1. Princípio da autonomia - ligado ao autogoverno do homem, no que tange principalmente às decisões sobre os tratamentos médicos e experimentação científica aos quais será submetido. Assim, as decisões clínicas deverão ser tomadas em conjunto na relação médico-paciente.
2. Princípio da beneficência - ligado ao bem-estar do paciente em face ao atendimento médico ou experimentação científica, sendo válido ressaltar que o cientista dirigirá sempre seu trabalho em prol da moral na pesquisa científica.
3. Princípio da sacralidade da vida - refere-se à importância fulcral da proteção da vida quando das atividades médico-científicas. Vern elencado no art. 5º da Constituição Federal.
4. Princípio da dignidade humana - O referido princípio deve ser sempre observado nas práticas médicas e biotecnológicas, visando a proteção da vida humana em sua magnitude. Liga-se este princípio ao da sacralidade da vida humana.
5. Princípio da Justiça - Refere-se à imparcialidade da distribuição dos riscos e benefícios de todos os envolvidos na pesquisa científica e nas práticas médicas, seja no âmbito nacional quanto no internacional (Maluf, 2020, pp 29-30).

Ante o exposto, a bioética e o biodireito têm uma íntima relação ancorada no respeito à autonomia e à dignidade da pessoa humana, com o propósito de garantir que as práticas na área da saúde (e da pesquisa) promovam a justiça, o bem-estar individual e coletivo e o respeito aos direitos fundamentais.

Os demais princípios do biodireito elencados por Maluf (2020) são mais específicos, correspondendo aos seguintes:

6. Princípio da cooperação entre os povos - Refere-se ao livre intercâmbio de experiências científicas e de mútuo auxílio tecnológico e financeiro entre os países, tendo em vista a preservação ambiental e das espécies viventes.
7. Princípio da precaução - Este princípio sugere que se tomem cuidados antecipados às práticas médica e biotecnológicas tendo em vista o caso concreto. Importa, a seu turno, no caso de dúvidas sobre a possibilidade de certa atividade causar danos aos seres humanos, às espécies ou ao meio-ambiente, a proibição da autorização do exercício da referida atividade. [...]
8. Princípio da ubiquidade - Retrata a onipresença do meio ambiente e da integridade genética. Tem por valor principal a proteção da espécie, do meio ambiente, da biodiversidade, do patrimônio genético. [...] (Maluf, 2020, p. 30).

Esses princípios revelam também o respeito aos direitos humanos, sendo integrados ao ordenamento jurídico para orientar e regular a aplicação ética na sociedade.

Nesse sentido, os princípios do biodireito encontram reflexos na Constituição Federal de 1988 (CF/88), nas leis e resoluções, entre outros dispositivos legais. Por exemplo, há o princípio referente à sacralidade da vida, elencado como direito fundamental no art. 5º da Constituição; o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88); e o princípio da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (art. 4ª, IX, da CF/88), entre outros.

Com base nas reflexões até então expostas, enquanto a bioética possui um corpo teórico relativamente bem estabelecido, com princípios bem delimitados e reconhecidos em documentos universais, o biodireito ainda está em processo de construção. A priori, não existe um consenso quanto a gama de princípios, além de que o biodireito precisa lidar com a complexidade da criação de normas jurídicas que se adaptem às mudanças na sociedade e às inovações científicas na saúde e na biomedicina. Apesar disso, é evidente a relevância da dignidade da pessoa humana (e de outros princípios e direitos) como um pilar não só da bioética, mas também como princípio basilar e inquestionável da sociedade atual e do Direito contemporâneo.

Assim, embora situações mais complexas sobre a vida, envolvendo a sua terminalidade e os dilemas no cuidado do paciente, continuem sem consenso, é imprescindível debatê-las a partir da compreensão da dignidade da pessoa humana e de outros princípios bioéticos e jurídicos. Por este motivo, o terceiro tópico deste capítulo propõe-se a refletir sobre o princípio da dignidade da pessoa humana.

2.3 O princípio da dignidade humana como pilar na bioética e no biodireito

A exposição do desenvolvimento da bioética e do biodireito revelou que essas áreas constituem instrumentos imprescindíveis para a recuperação dos valores humanos ancorados no respeito à dignidade da pessoa humana (Diniz, 2017).

Dada a sua relevância, a dignidade da pessoa humana constitui um dos pilares fundamentais do direito contemporâneo. A linha de desenvolvimento desse princípio apresentada por Barroso (2013) identifica marcos religiosos, filosóficos e políticos na sua construção, ressaltando o papel da Segunda Guerra Mundial e de seus reflexos no delineamento da noção atual da dignidade humana assentada sobre o pressuposto de que cada ser humano possui um valor intrínseco.

A importação do princípio da dignidade humana para o discurso jurídico foi impulsionada pelo seu destaque em diferentes tratados, documentos internacionais e constituições nacionais. Além disso, a reaproximação do direito da moral e da filosofia promoveu mudanças na forma de interpretação das normas legais com base nos valores éticos atrelados à dignidade humana (Barroso, 2013).

Nesse contexto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) elaborada por representantes mundiais e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, estabeleceu princípios fundamentais para a proteção universal

dos direitos humanos. O documento reconheceu a dignidade e a igualdade de direitos a todos os indivíduos como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, o que inspirou a incorporação da dignidade humana em diversas normas jurídicas como um princípio fundamental (Organização das Nações Unidas, 1948).

Analogamente, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), de 2005, impõe o respeito à dignidade da pessoa humana, assim como a proteção aos direitos humanos e às liberdades fundamentais em sua totalidade nas questões éticas suscitadas pela ciência e suas aplicações tecnológicas (Unesco, 2005).

No que tange ao ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana esteve presente em diversos textos constitucionais e, atualmente, é consagrada expressamente na Constituição Federal de 1988, em seu art. 1º, inciso III, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Logo, o sistema constitucional é construído a partir desse princípio como sendo o alicerce moral e normativo dos demais princípios e direitos fundamentais. Nessa perspectiva, Alexandre de Moraes (2024) defende que se trata de um preceito basilar em que o valor do indivíduo, enquanto ser humano, prevalece sobre todos os demais, além de conceder unidade aos direitos e às garantias fundamentais.

Em vista do exposto, apesar de o princípio da dignidade humana não estar expressamente referido no art. 60, § 4º, da CF/88, é considerado, por muitos juristas, uma cláusula pétrea da Constituição. E, ainda que não seja privilegiado, os valores vinculados a ele assumem peculiar relevo (Mendes; Branco, 2023). Ou seja, ele é um princípio fundamental que não pode ser alterado ou abolido por emenda constitucional, uma vez que está relacionado com a essência do Estado Democrático de Direito.

Já no que diz respeito à definição do princípio da dignidade da pessoa humana, visualiza-se certa dificuldade na sua conceituação. Em que pese tratar-se de um conceito amplamente reconhecido em documentos internacionais e no ordenamento jurídico nacional, a sua definição permanece objeto de debates acadêmicos.

Como afirma Barroso (2013), elaborar um conceito transnacional do princípio da dignidade humana envolve o desafio de abarcar adequadamente os fatores religiosos, históricos e políticos que estão presentes nos diferentes países.

Dessa forma, percebem-se ao menos dois fatores que impõem desafios à formulação de um conceito global desse importante princípio. O primeiro fator decorre, em grande parte, da sua natureza multifacetada, visto que a sua definição envolve uma pluralidade de valores e

necessidades. O outro ponto, por sua vez, diz respeito à multiculturalidade, sendo necessária uma abordagem que reconheça a diversidade sem comprometer a essência do princípio.

Para discutir o princípio da dignidade humana, Barroso (2013) destaca a obra de Immanuel Kant por se tratar de uma referência central na área da filosofia moderna e jurídica ocidental ao estabelecer uma base racional e universal para a moralidade, sustentando que a dignidade é um valor intrínseco de todo ser humano e que tem por fundamento a autonomia. Segundo o autor (Barroso, 2013), a essência do pensamento kantiano no que diz respeito ao tema da dignidade resume-se nas seguintes premissas:

[...] a conduta moral consiste em agir inspirado por uma máxima que possa ser convertida em lei universal; todo homem é um fim em si mesmo, e não deve ser instrumentalizado por projetos alheios; **os seres humanos não têm preço nem podem ser substituídos, pois eles são dotados de um valor intrínseco absoluto, ao qual se dá o nome de dignidade** (Barroso, 2013, p. 120. Grifo nosso).

A partir dessa afirmação, é rejeitada a redução do ser humano a um valor monetário ou utilitário, tendo em vista a sua dignidade como um valor intrínseco, absoluto e inalienável. A dignidade, aqui, é o cerne da ética moral e jurídica, fundamentando a proteção e o respeito incondicional aos direitos humanos.

Na perspectiva de Moraes (2024), a dignidade da pessoa humana remete ao valor espiritual e moral da pessoa, sendo proposta a seguinte definição:

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade (Moraes, 2024, p. 17).

Essa conceituação, apesar de genérica, expõe elementos importantes do princípio mencionado. Nela, a dignidade é percebida como um valor essencial a todos os indivíduos, que se traduz na autonomia e respeito pelos outros, e que deve ser protegida pelo ordenamento jurídico.

De modo a alcançar uma definição ampla e flexível do princípio, Barroso (2013), propõe uma concepção minimalista acerca da dignidade humana, integrando três elementos, a saber: (1) o valor intrínseco da pessoa humana; (2) a autonomia individual; e, (3) o valor comunitário.

O valor intrínseco opõe-se à ideia de valor adquirido. No âmbito filosófico, remete à essência ontológica da dignidade humana, isto é, as características inerentes à natureza do ser, sendo portanto, algo irrenunciável (Barroso, 2013).

Já no contexto jurídico, o valor intrínseco fundamenta a configuração de direitos fundamentais, tais como o direito à vida, por exemplo, o primeiro e mais primordial deles. Em que pese o reconhecimento da fundamentalidade do direito à vida, há situações excepcionais e controvertidas, como o aborto e o suicídio assistido, que desafiam essa interpretação universal e que geram debates jurídicos e éticos, pois envolvem a colisão entre a preservação da dignidade humana e outros interesses ou valores (Barroso, 2013). Nesses casos, a tensão surge porque o direito à vida pode entrar em conflito com a autonomia individual ou outros direitos, o que exige uma reflexão profunda sobre como equilibrá-los.

Desse modo, embora a dignidade humana, alicerce dos direitos fundamentais, seja vista como um valor intrínseco e essencial, é possível se deparar com dificuldades na sua aplicação universal em situações complexas, especialmente no campo jurídico e ético, onde os direitos fundamentais podem entrar em colisão.

O segundo elemento desse princípio, a autonomia, corresponde ao valor ético da dignidade humana que sustenta a capacidade de os indivíduos tomarem decisões de forma livre e independente. Assim, faz-se referência ao conceito de autodeterminação, que possibilita que cada ser humano tenha a prerrogativa de definir as normas que irão orientar as suas escolhas e a sua existência, conforme seus próprios valores, interesses e concepções do que seja viver bem. Logo, o livre arbítrio constitui um direito essencial para a construção de uma vida plena e significativa (Barroso, 2013).

O autor destaca que a autonomia não é um atributo absoluto, mas que depende do cumprimento de condições fundamentais, a saber: razão, independência e escolha. A razão, como condição *sine qua non*, refere-se à capacidade mental de tomar decisões conscientes e informadas, ao passo que a independência diz respeito à ausência de pressões externas ou de qualquer carência de necessidades básicas que possam afetar a liberdade de decisão. A escolha, por sua vez, implica que existam alternativas reais e viáveis para o exercício da autonomia (Barroso, 2013).

Nessa perspectiva, a autonomia enquanto elemento da dignidade envolve a capacidade de autodeterminação do indivíduo e a liberdade para fazer as próprias escolhas, preceito este que se associa diretamente às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) enquanto exercício da manifestação da vontade do sujeito. Assim, além do direito de escolher, a autonomia também

se manifesta como uma forma de proteger a dignidade do indivíduo, assegurando que os seus valores sejam respeitados, especialmente nos momentos mais críticos de sua vida.

Em contrapartida, é importante lembrar que a autonomia não se manifesta de forma plena, uma vez que encontra limites na ordem jurídica-legal e nas normas sociais, ressaltando que as implicações jurídicas relacionam-se aos direitos fundamentais (Barroso, 2013).

Por fim, o valor comunitário - também denominado dignidade como restrição ou dignidade como heteronomia -, último elemento da dignidade humana citado por Barroso (2013), reflete o aspecto social da dignidade. Neste contexto, para o autor, a dignidade humana não é um atributo isolado moldado somente pela liberdade individual, mas se configura nas conexões sociais que a sustentam a partir das interações do indivíduo com os demais seres humanos e com o mundo em que está inserido. Tal atributo representa também uma restrição à autonomia justificada pela proteção dos direitos e dignidade de terceiros, do próprio indivíduo e dos valores sociais comuns.

Em síntese, Barroso (2013), ao abordar os três elementos da dignidade humana — caráter intrínseco (ontológico), a autonomia (ético) e o valor comunitário — preceitua a dignidade como um princípio multifacetado. Esses elementos articulados de forma interdependente revelam que a dignidade não se restringe exclusivamente a uma esfera individual ou coletiva, mas resulta de um equilíbrio dinâmico entre a proteção da liberdade individual, o respeito aos direitos fundamentais e as restrições necessárias para garantir a convivência social harmoniosa.

Dado o exposto, o princípio da dignidade da pessoa humana não é uma abstração filosófica, mas um valor normativo que orienta a interpretação e a aplicação de direitos essenciais ao ser humano. Evidencia-se, nele, a primazia do ser humano como sujeito de direitos, com o devido respeito à integridade e à autonomia, sem afetar o seu valor comunitário.

Nessa linha de pensamento, as decisões nas áreas da bioética e do biodireito devem ser pautadas pelo respeito à pessoa e pelo compromisso com a justiça social. Sobre essa questão, Diniz (2017) reflete o seguinte:

Com o reconhecimento do respeito à dignidade humana, a bioética e o biodireito passam a ter um sentido humanista, estabelecendo um vínculo com a justiça. Os direitos humanos, decorrentes da condição humana e das necessidades fundamentais de toda pessoa humana, referem-se à preservação da integridade e da dignidade dos seres humanos e à plena realização da sua personalidade. [...] Se em algum lugar houver algum ato que não assegure a dignidade humana, ele deverá ser repudiado por contrariar as exigências ético-jurídicas dos direitos humanos. (Diniz, 2017, p. 44)

Assim, a formulação e aplicação das normas jurídicas e dos princípios éticos nesses domínios devem ter como norte a proteção da integridade e dos direitos fundamentais da pessoa humana de modo a assegurar que os avanços científicos e as regulamentações jurídicas se desenvolvam em consonância com os valores essenciais da humanidade.

Posto isto, destaca-se também a compreensão de Diniz (2017) sobre os direitos e necessidades essenciais de cada indivíduo, indo além da sua integridade física de modo a abranger também a sua integridade moral e existencial uma vez que aborda a preservação da dignidade humana e promoção da plena realização da sua personalidade. Por conseguinte, repudia-se qualquer ato que atente contra a dignidade humana, sendo dever de todos - do Estado, da coletividade e de cada indivíduo - proteger e promover o exercício do princípio dignidade da pessoa humana, o qual constitui compromisso inalienável e a base para a construção de uma sociedade justa e eticamente responsável.

Embora alguns direitos fundamentais não possuam uma conexão imediata com o princípio da dignidade, resta claro que este princípio constitui a força orientadora que inspira a essência desses direitos, especialmente aqueles que buscam assegurar o respeito à vida, à liberdade, à integridade física e psíquica, à igualdade e à segurança (Mendes; Branco, 2023). Logo, se erige como um valor superior que permeia os direitos fundamentais, dentre os quais, destaca-se o direito à vida como uma das expressões mais concretas e irrenunciáveis desse princípio.

Além disso, Mendes e Branco (2023) destacam também que os direitos fundamentais são indissociáveis da evolução do entendimento da dignidade humana ao longo da história, refletindo a busca por uma sociedade mais justa e igualitária, como se observa no trecho subsequente:

É o princípio da dignidade humana que demanda fórmulas de limitação do poder, prevenindo o arbítrio e a injustiça.
[...]
Os direitos e garantias fundamentais, em sentido material, são, pois, pretensões que, em cada momento histórico, se descobrem a partir da perspectiva do valor da dignidade humana (Mendes; Branco, 2023, p. 221).

Destarte, a dignidade humana, como um princípio central, possui um parâmetro dinâmico que orienta a descoberta e a adequação dos direitos fundamentais, refletindo constante reconhecimento das suas múltiplas facetas e exigências ao longo do tempo.

Face a isso, a consolidação normativa dos direitos fundamentais na Constituição Federal “permite compreender que os direitos fundamentais não sejam sempre os mesmos em todas as épocas, não correspondendo, além disso, invariavelmente, na sua formulação, a

imperativos de coerência lógica” (Mendes; Branco, 2023, p. 214). Nesse sentido, ao longo do tempo, o entendimento sobre o que constitui a dignidade da pessoa humana e os direitos a ela associados, a exemplo do direito à vida, têm sido interpretados e podem ser reinterpretados acompanhando as transformações sócio-culturais.

3 DIREITO À VIDA E À MORTE DIGNA

O direito à vida é considerado um direito fundamental de todo ser humano, sendo, de fato, o primeiro direito que lhe é garantido e protegido por instrumentos internacionais, pela Constituição e pela legislação infraconstitucional. Apesar do sujeito deste direito não ter escolha sobre o início da sua vida, uma vez que o seu nascimento é determinado pela vontade dos outros, ele pode deter o poder sobre o seu fim. Mas em que medida e de que forma? (Barroso; Martel, 2011).

Tendo em vista a inevitabilidade da morte e a possibilidade (ou não) de escolha sobre esta, apontam-se os seguintes questionamentos citados por Barroso e Martel (2011):

Existe um direito à morte, no tempo certo, a juízo do indivíduo? A ideia de dignidade humana, que acompanha a pessoa ao longo de toda sua vida, também pode ser determinante da hora da sua morte? Assim como há direito a uma vida digna, existiria direito a uma morte digna? (Barroso; Martel, 2011, p. 104).

Considerando essas questões, o presente capítulo centra-se no debate sobre o direito à vida e à morte digna, bem como os desafios inerentes a essa temática nos campos ético e jurídico.

3.1 O direito à vida como direito fundamental

O direito à vida está no centro da ordem jurídica presente em constituições de vários países, assim como em tratados internacionais. Logo, trata-se de um direito jurídico universal, com o devido reconhecimento à sua importância e centralidade, tal qual o princípio da dignidade da pessoa humana no Direito contemporâneo (Barroso; Martel, 2011).

No Brasil, a CF/88 consagra o direito à vida como um dos direitos fundamentais mais prementes, enunciado no seu art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988).

A proteção do direito à vida é indispensável para garantir a efetividade de outros direitos essenciais e a dignidade do indivíduo (Mendes; Branco, 2023). Desta feita, o direito a uma vida digna constitui um direito coletivo e individual, sendo a razão de existir de qualquer sociedade civilizada para preservação da integridade do indivíduo e de toda a humanidade (Barroso; Martel, 2011).

De acordo com o que é exposto na obra de Mendes e Branco (2023, p. 397), “a existência humana é o pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades dispostos na Constituição”. Dessa forma, a afirmação da vida enquanto direito pressupõe uma premência que antecede a própria Constituição Federal, sendo a base que inspira e confere legitimidade como um direito fundamental e valor prevalente constitucional. Diante disso, o direito à vida é uma pré-condição para o exercício dos demais direitos, direcionando-os e fundamenta-os (Mendes; Branco, 2023).

Além disso, cabe ressaltar que o direito à vida não se limita ao sentido de continuar vivo ou de não ser morto. Isso porque, além de incluir a preservação da existência física, também envolve, de modo especial, o direito a uma vida digna (Masson, 2020; Lenza, 2021; Mendes; Branco, 2023).

Segundo os autores supracitados (Masson, 2020; Lenza, 2021; Mendes; Branco, 2023), a primeira perspectiva garante o direito a permanecer vivo, ou seja, que a existência física, em regra, não pode ser violada, seja pelo Estado, seja por outros particulares. Já no que diz respeito ao segundo significado disposto, os autores supracitados apontam que há necessidades vitais básicas abarcadas na Constituição, tais como o direito à alimentação, à habitação, ao vestuário, à educação elementar, entre outras. Do mesmo modo, envolve também a proibição a qualquer tratamento indigno, como a tortura ou o trabalho forçado.

Essa perspectiva mais abrangente da vida também é exposta por Rothenburg (2023). Para este, a vida engloba os seguintes fatores: (1) O aspecto físico ou biológico, isto é a existência; (2) o aspecto psíquico, que remete à consciência; e, (3) o aspecto moral, que diz respeito à dignidade.

Essa linha de pensamento reflete uma visão holística e multidimensional da vida, sendo que cada fator expõe uma faceta essencial desta. Assim, além da sobrevivência física, a vida, conforme concebida atualmente, envolve múltiplas dimensões e está intrinsecamente vinculada à preservação da dignidade humana. Logo, a dignidade da pessoa humana, além de constituir um dos princípios essenciais que sustentam a República Federativa do Brasil, conforme já foi exposto, é também uma condição essencial para a realização do ser humano em sua totalidade.

Sob essa ótica, o direito à vida é pré-condição à dignidade, tendo em vista que suprimi-la acarreta na inexistência do próprio sujeito da dignidade. Assim, o direito à vida é reconhecido como especial; um direito que deve ser promovido e protegido rigorosamente, de modo que é vista com cautela qualquer tentativa de redução ou flexibilização de sua força jurídica ou moral (Barroso; Martel, 2011).

Ainda assim, embora seja reconhecida a prevalência do direito à vida, este não constitui um direito absoluto (Barroso; Martel, 2011; Rothenburg, 2023). Inclusive, a legislação brasileira reconhece determinadas exceções a esse direito, em que a privação da vida pode ser justificada sob circunstâncias específicas, a exemplo da previsão legal do aborto, segundo os critérios dispostos no art. 128 do Código Penal, Decreto-lei nº 2.848/1940.

Ademais, considerando que a relação do direito à vida com o princípio da dignidade da pessoa humana expõe outros fatores, além da sobrevivência física, necessários para uma vida digna, é preciso reconhecer que há questões controversas e que conflitam com a noção universal do direito à vida.

A divergência de opiniões sobre alguns temas polêmicos é uma consequência óbvia da sociedade plural marcada por valores e posições religiosas, morais, filosóficas diferentes. Essas discordâncias concebidas como “desacordos morais razoáveis” permitem que diferentes visões sobre a vida humana sejam ponderadas de forma equilibrada. Por outro lado, geram debates importantes sobre os limites e as implicações de tais interpretações no ordenamento jurídico e na proteção dos direitos fundamentais e humanos. Nesse contexto, o Direito e o Estado exercem a função de assegurar a autonomia e o respeito às crenças de cada pessoa, embora, ainda haja questões desafiadoras (Lenza, 2021).

Dentre os temas controversos da atualidade, Lenza (2021) cita as discussões relacionadas à vida e à morte digna ao fazer referência à distanásia, eutanásia, suicídio assistido e ortotanásia. E, conforme esclarecido por Masson (2020), em que pese a clara proteção do direito à vida estabelecida no ordenamento pátrio, não se pode fechar os olhos para as questões complexas levantadas.

Assim, a vida e a inevitabilidade da morte colocam essas discussões em evidência a partir da visão da dignidade aqui discutida.

Na perspectiva dos autores Barroso e Martel (2011), “se, em uma infinidade de situações, a dignidade é o fundamento da valorização da vida, na morte com intervenção as motivações se invertem” (Barroso; Martel, 2011, p. 114). Nessa linha de pensamento, a dignidade constitui um princípio central no reconhecimento do valor da vida e na defesa de outros direitos que sustentem condições para uma vida digna. Por outro lado, a lógica aplicada à dignidade pode ser invertida quando há uma intervenção na morte, uma vez que esse princípio pode justificar o direito de morrer. Nestes casos, destacam-se também outros direitos e interesses do indivíduo, além do seu direito à vida, sendo este ponderado para que não se transforme em uma obrigação excessiva e insustentável de viver a qualquer custo.

Nesse contexto, a eutanásia, a ortotanásia, os cuidados paliativos, as diretivas antecipadas de vontade, além de outros tópicos, emergem como temas centrais, pois abarcam as discussões sobre a vida e a morte digna, bem como o direito de o indivíduo determinar os limites do sofrimento e da vida. Essas questões, ainda em debate, são de grande relevância no campo do biodireito e serão aprofundadas no próximo tópico.

3.2 Limites ético-jurídicos da intervenção médica no fim da vida

Toda pessoa possui direitos essenciais que são inerentes à sua personalidade e que se manifestam ao longo de toda a sua existência. Esses direitos devem ser respeitados e garantidos no curso de sua vida e na sua morte, especialmente no que tange à preservação de sua dignidade (Maluf, 2020).

Isso implica que a dignidade humana deve ser preservada não apenas durante a vida, mas também no seu fim e após a morte, sendo assegurado que as decisões sobre a vida e a morte respeitem a autonomia, os valores e as escolhas fundamentais de cada indivíduo. Assim, a concepção de que os direitos essenciais devem ser respeitados em todos os estágios da existência humana representa um desafio para o direito, que precisa equilibrar a proteção da vida com o respeito à autonomia e à dignidade nas questões que envolvem o fim da vida.

No que diz respeito às discussões sobre a vida e a morte, Sá e Naves (2018) refletem que essa relação remete a uma análise profunda da existência humana. Para os autores, a morte não está à margem da vida, mas ocupa um lugar central nesta; logo, reconhece-se que a finitude humana - e a sua inevitabilidade - é uma condição constitutiva da própria experiência existencial. Por outro lado, persiste o tabu quanto ao tema e aos tópicos relacionados a ele, sendo a consciência da morte frequentemente negada e temida.

Ademais, as reflexões sobre a vida e a morte ganham novas dimensões à medida que o avanço da medicina modifica as concepções sobre o evento morte. Nisso, percebem-se transformações profundas no atendimento aos pacientes graves em decorrência do desenvolvimento de equipamentos para a recuperação e preservação das funções vitais no curso da doença (Sá; Naves, 2018; Maluf, 2020).

Desse modo, as mudanças nos critérios de definição da morte e o uso de novas tecnologias para tentar prolongar o tempo de vida, ainda que de forma artificial, suscitam problemas ético-jurídicos importantes sobre a intervenção médica e a indisponibilidade da vida (Sá; Naves, 2018).

Essas questões envolvem dilemas sobre até que ponto é ético e justo intervir no processo natural da vida e da morte. Tais problemáticas remetem diretamente ao direito de viver e morrer com dignidade, pois envolvem a tensão entre a preservação da vida a todo custo e o respeito à autonomia e à dignidade do indivíduo em decidir sobre a sua morte. Assim, essas discussões, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, relacionam-se à noção de autonomia.

A dignidade enquanto autonomia reflete a necessidade de preservar a liberdade individual, garantindo que cada pessoa possa tomar decisões sobre a sua própria vida, o que diz respeito à capacidade de autodeterminação. No entanto, essa liberdade não é absoluta; ela deve coexistir com respeito aos direitos dos outros, evitando que a autodeterminação de um indivíduo comprometa a dignidade alheia. Além disso, para que a autonomia seja efetiva, é essencial que existam condições adequadas, tanto materiais quanto psicofísicas, que a viabilizem e permitam que o indivíduo tome decisões de forma plena e consciente (Barroso; Martel, 2011).

Embora a autonomia do indivíduo seja valorizada em diversas circunstâncias da prática médica, ela ainda é, muitas vezes, reduzida ou eliminada perante a perspectiva de chegada da morte. Em outras palavras, nas decisões do final de vida, tem-se impedido a livre manifestação da autodeterminação do sujeito, atingindo, assim, a sua dignidade (Maluf, 2020).

Posto isto, diante da terminalidade da vida, há alguns caminhos possíveis, os quais sustentam práticas de cuidado diferentes no processo de morte. São eles a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia, a mistanásia e a ortotanásia.

A começar pela eutanásia, o termo foi cunhado pelo filósofo inglês Francis Bacon, no século XVII. Etimologicamente, de origem grega, une as palavras *eu* e *thanatos*, que significam, respectivamente, “boa” e “morte”. Assim, é considerada como a “boa morte”, a “morte piedosa” que implica no “direito de matar” (Sá; Naves, 2018).

A eutanásia é caracterizada pela abreviação da vida de uma pessoa enferma com uma doença incurável em grave sofrimento, com o seu consentimento — ou de sua família —, mediante conduta intencional médica (comissiva ou omissiva). Nesses termos, antecipa-se o evento morte como um ato de compaixão e humanidade, mas, de toda forma, desvia-se ou antecipa-se o curso natural da vida naquele dado momento (Sá; Naves, 2018).

A compreensão sobre a eutanásia passou por algumas mudanças ao longo do tempo, com defensores e críticos em todas as épocas (Sá; Naves, 2018). Atualmente, não se restringe

aos pacientes em estado terminal, mas abrange outros casos em que não há uma perspectiva de cura, a exemplo de pacientes em estado vegetativo irreversível.

No contexto brasileiro, a prática da eutanásia não é legalizada, sendo caracterizada como homicídio. Embora não tenha menção ao termo no Código Penal brasileiro, é aplicado o conceito de homicídio privilegiado, nos termos do art. 121, § 1º do referido código, conforme exposto abaixo:

Art. 121 [...]

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. Grifo nosso).

Dito isso, a eutanásia enquanto ato de dar fim à vida de outra pessoa por esta se encontrar em grande sofrimento é interpretada como motivo de relevante valor moral, sendo aplicado como caso de diminuição de pena do crime de homicídio (Sá; Naves, 2018).

O suicídio assistido, por sua vez, tem a especificidade de a morte resultar da ação da própria pessoa quanto à sua vida, sob a orientação, auxílio ou observância de um terceiro que, dessa forma, ajuda intencionalmente no ato (Sá; Naves, 2018). Assim, assemelha-se ao art. 122 do Código Penal disposto a seguir:

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio ou a automutilação

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 (induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio) (Brasil, 1940).

Embora, tecnicamente, a eutanásia e o suicídio assistido sejam efetuados pela figura do médico, Sá e Naves (2018) esclarecem que o Código Penal brasileiro não estabelece essa restrição, sendo aplicáveis a qualquer pessoa os dispositivos da lei.

Quanto ao Código de Ética Médica, este, em seu art. 41, veda ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que por pedido deste ou de seu representante legal. Ademais, o parágrafo único do dispositivo mencionado coíbe, nos casos de uma doença incurável e terminal, ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas (distanásia), ao passo que defende condutas alinhadas com os cuidados paliativos, a autonomia do paciente e o respeito à vontade expressa deste ou a de seu representante legal.

A discussão acerca da eutanásia traz argumentos favoráveis e contrários à sua realização, apresentados por Maluf (2020). De um lado, o principal argumento contrário à

eutanásia, de modo geral, centra-se na sacralidade inviolável da vida defendida a partir de convicções religiosas, éticas, políticas e sociais.

Em oposição, os grupos defensores vêem a eutanásia como um ato de compaixão frente ao sofrimento significativo, com foco na autonomia da pessoa enferma e no respeito ao desejo desta sobre os momentos finais da sua vida, como se esta fosse uma autora digna da própria história até o fim. Nessa perspectiva, são priorizados os interesses individuais da pessoa em detrimento da proteção à vida (Maluf, 2020).

Assim, questiona-se: Que vida a ser protegida seria esta? Na concepção de Maluf (2020), “vida (...) é inserção, e nesse sentido, a denominada qualidade de vida não pode ser transformada num demorado e penoso processo de morrer” (Maluf, 2020, p. 408). Portanto, valendo-se da defesa do princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia do indivíduo, este poderia decidir sobre como seria o fim do seu sofrimento e da sua vida.

Desta feita, a discussão sobre as práticas de cuidado na terminalidade da vida não se limita ao saber médico, mas envolve diversos e complexos debates políticos, religiosos, sociais, éticos e jurídicos.

Diametralmente oposta à eutanásia, há a distanásia. A palavra, uma junção dos termos gregos *dys* (“mau”) e *thanatos* (“morte”), diz respeito à “má morte”, descrevendo a utilização obstinada de métodos e tratamentos disponíveis, mas inúteis para evitar o óbito inevitável. Nesse caso, a obstinação terapêutica com o tratamento desproporcional não é capaz de reverter a morte, nem tampouco promove benefícios ao cuidado do paciente, mas somente acarreta em um prolongamento do processo com sofrimento. Observa-se, assim, o uso das inovações médicas com o foco central na patologia, sem um olhar atento à pessoa enferma e às suas necessidades (Sá; Naves, 2020).

Resta evidente, portanto, a oposição extrema entre a distanásia e a eutanásia. Como Barros Júnior (2019) bem reflete, embora sejam abordagens médicas que se preocupam com a forma mais adequada de lidar com a morte do ser humano, os objetivos são diferentes. A eutanásia tem como prioridade a “qualidade da vida humana na sua fase final, neutralizando qualquer tipo de sofrimento” (Barros Júnior, 2019, p. 173), ao passo que a distanásia combate a morte “a todo custo e deixando, em segundo plano, a qualidade dessa vida prolongada” (Barros Júnior, 2019, p. 173). Dessa forma, a dignidade, a autonomia e a integridade também ficam em segundo plano.

Outra prática, sendo que esta não se restringe ao contexto médico hospitalar, diz respeito à mistanásia, descrita como a eutanásia social, a morte miserável antecipada, evitável e indigna resultante da falta de assistência devida à sua saúde. Logo, constitui uma violação

do direito à saúde, a qual atinge especialmente as populações mais vulneráveis e marginalizadas da sociedade, sendo frequente em países do terceiro mundo (Sá; Naves, 2018; Maluf, 2020).

Por fim, tem-se a ortotanásia que busca garantir uma morte natural e digna ao respeitar o momento da morte de um paciente com doença irrecuperável sem prolongá-la artificialmente. A denominação deriva das palavras gregas *orthós* (certo/correto) e *thanatos* (morte) como referência à “morte correta” (Maluf, 2020).

Sobre a ortotanásia, é preciso pontuar alguns esclarecimentos quanto à sua denominação. Parte da doutrina pesquisada (Sá; Naves, 2018; Maluf, 2020) associa essa prática à eutanásia passiva, colocando-as como sinônimos, o que pode gerar uma confusão na sua conceituação ao concebê-la pelo viés da omissão de tratamentos.

A conduta omissiva na assistência à saúde, segundo Maluf (2020), pode ser percebida como uma forma de omissão de socorro. Na perspectiva da área médica, conforme análise do Código de Ética Médica na obra de Barros Júnior (2019), a omissão de socorro é caracterizada como a possibilidade de existência de danos ao paciente pela falta de atendimento. Além disso, a prática omissiva pode caracterizar ilícito penal previsto no art. 135 do Código Penal brasileiro pelo ato de “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, (...) à pessoa inválida ou ferida (...)” (Brasil, 1940). Tal conduta tem como pena a detenção, de um a seis meses, ou multa, com previsões de aumento se a omissão resultar em lesão corporal de natureza grave ou na morte.

De outro modo, as discussões atuais apresentadas por Maluf (2020) esclarecem que a ortotanásia em nada se assemelha a uma forma de homicídio ou de omissão de socorro, tendo em vista que inexistente a intenção de matar (no caso de homicídio), assim como também não há a negação de socorro à pessoa necessitada (no caso da omissão de socorro). De fato, a ortotanásia corresponde tão somente à tomada de decisões razoáveis ao paciente em estado terminal.

Em consonância com esse avanço quanto ao debate sobre a ortotanásia, Dadalto (2013, *apud* Lima *et al.*, 2020), pesquisadora na área de Direito Médico, especialmente na temática das Diretivas Antecipadas de Vontade, frisa que tal compreensão que concebe a ortotanásia como uma eutanásia passiva é errônea. Na ortotanásia, evitam-se tratamentos classificados como extraordinários e fúteis, ou seja, condutas desnecessárias; já na eutanásia passiva, há a suspensão ou omissão de tratamentos comuns e a ausência dos cuidados paliativos.

Essa distinção entre ortotanásia e eutanásia é evidenciada por Kóvacs (2014), que afirma:

Opondo-se à distanásia, ortotanásia não é eutanásia, embora por vezes possa ser erroneamente entendida como apressamento da morte. A diferença entre elas, entretanto, é significativa: se o principal objetivo da eutanásia é levar à morte para abreviar a dor e o da distanásia é impedir a morte a qualquer custo, **a ortotanásia busca a morte com dignidade no momento correto, com controle da dor e sintomas físicos, psíquicos, bem como questões relativas às dimensões sociais e espirituais.** Por seu caráter multidisciplinar busca oferecer apoio à família na elaboração do luto antecipatório e no pós-óbito. **A ortotanásia é, portanto, atitude de profundo respeito à dignidade do paciente.** (Kovács, 2014, p. 98. Grifo nosso).

Desse modo, é importante esclarecer que a ortotanásia não visa a interrupção da vida, mas reconhece e aceita a inevitabilidade da morte no seu curso natural, priorizando cuidados que garantam conforto físico e emocional, ao invés de tratamentos desproporcionais que estendam a sobrevivência sem benefícios reais ao paciente. Assim, nessa abordagem de cuidado, evitam-se as terapias invasivas que apenas prolongam o sofrimento sem oferecer perspectiva de recuperação ou de qualidade de vida para a pessoa

A consolidação da ortotanásia no campo ético e jurídico é fundamental na humanização da assistência médica. Alinhada aos cuidados paliativos, correspondem a práticas essenciais para assegurar a dignidade no processo de adoecimento e no fim da vida. No entanto, a sua implementação ainda enfrenta alguns desafios, os quais serão apresentados no tópico seguinte.

3.3 Aspectos éticos e jurídicos da ortotanásia e dos cuidados paliativos no Brasil

No Brasil, a prática da ortotanásia foi reconhecida mais amplamente em 2006, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou e publicou a Resolução 1.805/2006, a qual aborda os critérios para a prática da ortotanásia. A Resolução, conforme preceitua a sua ementa e o art. 1º, estabelece a possibilidade de limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que visem o prolongamento da vida, em pacientes que estão na fase terminal de doenças graves e incuráveis. Com vistas a garantir os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, é respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Nessa senda, o art. 2º da Resolução CFM 1.805/2006 determina:

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 (Conselho Federal de Medicina, 2006).

Além disso, um aspecto importante diz respeito ao dever imposto ao médico de esclarecer sobre as modalidades terapêuticas adequadas à pessoa com enfermidade ou ao seu representante legal, conforme estipulado no §1º, do art. 1º, da Resolução CFM 1.805/2006, e de garantir o direito à solicitação de uma segunda opinião médica, como previsto no §3º do mesmo artigo.

Essas disposições têm relevância no contexto ético e jurídico, tendo em vista que asseguram ao paciente - ou ao seu representante legal - o acesso a informações essenciais para decidir sobre o seu tratamento. Dessa forma, alinham-se com o dever ético do consentimento informado e com o princípio da autonomia, fundamentais tanto na bioética, que valoriza a liberdade de decisão do paciente, quanto no biodireito, que garante o direito de autodeterminação nas decisões tomadas em conjunto na relação médico-paciente.

Ainda assim, essa resolução suscitou opiniões divergentes. Opondo-se a ela, o Ministério Público do Distrito Federal questionou a sua validade, mediante ação civil pública com pedido de antecipação de tutela contra o CFM pleiteando o reconhecimento da nulidade, sob os seguintes argumentos:

[i] o Conselho Federal de Medicina não tem poder regulamentar para estabelecer como conduta ética uma conduta que é tipificada como crime; [ii] o direito à vida é indisponível, de modo que só pode ser restringido por lei em sentido estrito; [iii] considerado o contexto sócio-econômico brasileiro, a ortotanásia pode ser utilizada indevidamente por familiares de doentes e pelos médicos do sistema único de saúde e da iniciativa privada (SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL. Sentença nº _____/2010 (TIPO “A”). Processo nº 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1 de dezembro de 2010. Relator: Roberto Luis Luchi Demo, Juiz Federal Substituto da 14ª Vara/DF).

A antecipação de tutela foi deferida para suspender os efeitos da Resolução. De outro lado, o CFM contestou a ação, esclarecendo pontos importantes sobre a ortotanásia, a saber:

[i] a resolução questionada não trata de eutanásia, tampouco de distanásia, mas sim de ortotanásia; [ii] a ortotanásia, situação em que a morte é evento certo, iminente e inevitável, está ligada a um movimento corrente na comunidade médica mundial denominado Medicina Paliativa, que representa uma possibilidade de dar conforto ao paciente terminal que, diante do inevitável, terá uma morte menos dolorosa e mais digna; [iii] a ortotanásia não é considerada crime; e [iv] o direito à boa morte é decorrência do princípio da dignidade humana, consubstanciando um direito fundamental de aplicação imediata (SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL. Sentença nº _____/2010 (TIPO “A”). Processo nº 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1 de dezembro de 2010. Relator: Roberto Luis Luchi Demo, Juiz Federal Substituto da 14ª Vara/DF).

Os argumentos citados pelo CFM na defesa da Resolução reforçam que a ortotanásia é uma prática distinta da eutanásia e da distanásia. E, além de não ser tipificada como crime, a ortotanásia está fundamentada na Medicina Paliativa e no princípio da dignidade humana que refletem na assistência médica a primazia pelo bem-estar do paciente e o direito à dignidade no fim da vida.

Em alegações finais, o Ministério Público Federal modificou o seu entendimento, e, assim como o CFM, pugnou pela improcedência do pedido. Por fim, em 1º dezembro de 2010, a decisão judicial acatou os pedidos, revogou a antecipação de tutela anteriormente concedida e julgou improcedente a ação, de modo que foram restabelecidos os efeitos da Resolução CFM nº 1.805/2006.

O relatório da decisão judicial evidencia o progresso nas discussões éticas e jurídicas relacionadas às decisões de saúde, destacando uma mudança significativa na práxis médica contemporânea. Essa transição representa o abandono da abordagem paternalista, centrada exclusivamente na busca da cura da doença e no adiamento da morte, muitas vezes sem considerar as necessidades e escolhas do paciente; e, de fato, direciona um foco maior na autonomia e no bem-estar do ser humano.

O reconhecimento da autonomia do paciente sobre o seu tratamento, inclusive, na suspensão deste, retira do médico o poder absoluto sobre essa decisão. Assim, determina a necessidade de uma comunicação eficaz na relação médico-paciente para que este último escolha, mediante o seu consentimento livre e esclarecido e em função do seu direito à autonomia garantido constitucionalmente (Sá; Naves, 2018).

Nesse sentido, do mesmo modo que a vida não se limita à subsistência física, também a saúde vai além da mera cura ou ausência de enfermidades. Nesse caso, abrange o equilíbrio físico, emocional e social, e requer o respeito à autonomia e à dignidade da pessoa enferma, garantindo-lhe a prerrogativa de influenciar nas decisões sobre o seu tratamento, conforme os princípios estabelecidos na bioética, no biodireito e, mais especificamente, na medicina.

Reafirma-se, portanto, que a ortotanásia não corresponde a uma omissão de socorro, desde que realizada dentro dos limites autorizados pela Resolução CFM nº 1.805/2006 e demais disposições legais.

Tendo em vista o exposto acerca da posição do CFM e da decisão do Judiciário sobre a Resolução nº 1.805/2006, a ortotanásia é uma prática ética e legítima, alinhada ao princípio da dignidade do paciente e à sua autonomia no processo de terminalidade da vida. Nessa perspectiva, a ortotanásia constitui um dos princípios fundamentais elencados no Código de

Ética Médica, segundo a Resolução CFM nº 2.217/2018, mais especificamente no Capítulo I, inciso XXII, citado abaixo:

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (Conselho Federal de Medicina, 2018).

A partir da análise do dispositivo, percebe-se que a ortotanásia está fundamentada na bioética, uma vez que alinha-se diretamente aos princípios discutidos no primeiro capítulo, especialmente da beneficência, da não maleficência e da autonomia, ao assegurar que as decisões médicas sejam orientadas pelo bem-estar do paciente e pela vontade deste, para minimizar o seu sofrimento e preservar a sua dignidade.

Nesse contexto, enquanto o princípio da beneficência se manifesta na adoção de cuidados que visam promover conforto e a qualidade de vida da pessoa, o princípio da não maleficência é observado na evitação de procedimentos que somente busquem estender o tempo de vida e prolonguem o sofrimento, sem perspectiva terapêutica. Além destes, a ortotanásia é também uma expressão do princípio autonomia, pois garante o direito do paciente de decidir sobre a sua própria assistência, em razão da observância aos cuidados paliativos.

A execução da ortotanásia insere-se, portanto, na filosofia dos cuidados paliativos, em que são reconhecidos os limites da intervenção médica ao priorizar o bem-estar do paciente, mitigar o seu sofrimento e respeitar a sua autonomia e dignidade. Destarte, a relação entre ambos é complementar, promovendo uma abordagem humanizada no plano de tratamento e na terminalidade da vida.

No que diz respeito aos cuidados paliativos, trata-se de uma abordagem de cuidados voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes, sejam estes adultos ou crianças, e de seus respectivos familiares, que se vêem confrontados com patologias potencialmente fatais, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020). Através da detecção precoce, avaliação precisa e tratamento adequado da dor, busca-se prevenir e atenuar o sofrimento em todos os seus aspectos - físicos, psicológicos ou espirituais.

Os cuidados paliativos são regulamentados pela Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, a qual dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), com a seguinte definição:

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Conselho Federal de Medicina, 2018).

De forma similar, a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024 (Brasil, 2024), compreende como cuidados paliativos “as ações e os serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida” (Art. 1º, § 1º). Para isso, segundo preceitua o §2º do art. 1º da PNCP, as intervenções direcionam-se tanto à pessoa cuidada quanto aos seus familiares e cuidadores. Isso porque o sofrimento originado por enfermidades graves e terminais não se restringe ao paciente, mas estende-se de forma substancial àqueles que lhe prestam assistência.

Nesse contexto, os cuidados paliativos, segundo a OMS, implicam na adoção de uma estratégia interdisciplinar e coletiva, visando oferecer suporte abrangente tanto aos pacientes quanto aos seus cuidadores, a fim de propiciar a possibilidade de uma vida ativa e digna até o momento final. Com esse propósito, o manejo do sofrimento requer uma abordagem que transcenda os sintomas físicos, considerando e respeitando as múltiplas dimensões da experiência humana (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Outrossim, esses cuidados refletem o direito humano fundamental à saúde com a prestação de serviços integrados e centrados nas necessidades e escolhas individuais do paciente (Organização Mundial da Saúde, 2020). A partir dessa diretriz da OMS, destaca-se a relevância dos cuidados paliativos e da ortotanásia como expressões do direito fundamental à saúde, assegurado constitucionalmente no art. 6º da Constituição Federal. Nessa abordagem, faz-se necessário um suporte multiprofissional para promover a qualidade do cuidado e a qualidade de vida da pessoa até os seus momentos finais.

A afirmação enfatiza também que os serviços prestados estejam alinhados às escolhas individuais do paciente, o que reforça a importância da autonomia e da dignidade no tratamento, princípios fundamentais da bioética e do ordenamento jurídico. Logo, desconsiderar as escolhas individuais do paciente ao impor tratamentos contra a sua vontade pode configurar caso de distanásia e potencialmente causar sofrimento desnecessário, constituindo uma afronta aos princípios constitucionais e bioéticos.

Nessa perspectiva, os princípios da PNCP (Brasil, 2024), dispostos no art. 2º da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, determinam a “valorização da vida e consideração da morte como um processo natural” (inciso I), com o máximo “respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada” (inciso II), bem como à autonomia do indivíduo (inciso III), sendo um modelo de cuidado centrado “nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto” (inciso IX), entre outros princípios.

Em conformidade com os princípios já elencados, o último, disposto no inciso XII, do art. 2º, da PNCP, estabelece a observância das Diretivas Antecipadas de Vontade - DAV da pessoa cuidada. Quanto a este princípio, o art. 2º, § 2º, da PNCP, determina que as DAV compreendem o “testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais” (Brasil, 2024).

Desse modo, as DAV estipulam expressamente as escolhas do paciente no exercício da sua autonomia, sendo, portanto, um documento imprescindível à execução da ortotanásia e dos cuidados paliativos.

A partir das reflexões sobre a vida e a morte digna, fundamentadas na ortotanásia, nos cuidados paliativos e no respeito à dignidade e autonomia do paciente, é essencial compreender as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como um instrumento necessário para garantir escolhas individuais no fim da vida. Sob essa ótica, o próximo capítulo se dedicará à análise desse importante mecanismo.

4 ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)

Como discutido no capítulo anterior, entre as diferentes abordagens médicas de cuidado, a ortotanásia, atualmente, constitui a prática reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina no seu código de ética, com respaldo nos princípios bioéticos. Essa conduta propõe-se a garantir a qualidade de vida e a dignidade no tratamento e no curso natural do processo de vida e morte; logo, está alinhada com a proposta dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, discute-se ainda a importância das diretivas antecipadas de vontade visando a qualidade, a humanização e a dignidade do cuidado mediante o planejamento das decisões de saúde com respeito à autonomia da pessoa. Apesar da sua relevância, a implementação dos cuidados paliativos e das diretivas antecipadas traz à tona questões éticas e jurídicas, as quais serão abordadas no presente capítulo.

Inicialmente, será apresentado um panorama geral sobre as diretivas antecipadas de vontade, com breves considerações sobre suas origens. Em seguida, discutir-se-á sua viabilidade, eventuais limitações e os principais desafios jurídicos e éticos à luz das normativas atualmente vigentes no ordenamento jurídico brasileiro. Por fim, será examinado o posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre o tema, a partir da análise da jurisprudência pertinente.

4.1 Histórico das DAV

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), *lato sensu*, correspondem, de modo geral, à “manifestação de vontade da pessoa sobre seu futuro na hipótese de, por qualquer motivo, sua capacidade de autodeterminação se esvair” (Oliveira, 2023, p. 2). Segundo o autor, através das diretivas, a pessoa estabelece, antecipadamente, as suas escolhas sobre o seu cuidado de saúde, os tratamentos médicos a que quer se submeter, o destino de seu corpo no caso de perda de lucidez ou de morte, entre outras especificidades.

Nessa linha de pensamento, Cavalcante e Vita (2022) propõem a seguinte reflexão:

As diretivas antecipadas de vontade são instrumentos que podem garantir ao indivíduo autonomia e dignidade em sua finitude. Podem permitir ao ser humano dar significado à sua trajetória de vida. A existência humana é história com começo, meio e fim. A morte, como culminância da vida, tem o poder de dar-lhe significado, é necessário que o indivíduo que escreve o epílogo de sua experiência na terra, possa fazê-lo segundo seus valores e crenças (Cavalcante; Vita, 2022, p. 166).

Destarte, as diretivas são uma ferramenta importante para o exercício do direito à autodeterminação do indivíduo em relação à sua vida, aos cuidados médicos e ao seu corpo, no contexto dos cuidados paliativos e da ortotanásia. Trata-se de resgatar a autonomia e a dignidade do indivíduo para que este construa sua própria história de vida, o que inclui a sua finitude. Para assumir esse papel ativo nas decisões, é necessário ter conhecimento sobre a sua condição clínica e sobre as possibilidades de cuidado através de uma comunicação efetiva e clara na relação médico-paciente, sendo o próprio paciente o centro dessa relação — não a doença, o médico ou a tentativa de curar.

Nesse contexto, a origem das DAV relaciona-se ao avanço dos cuidados paliativos e das discussões sobre a autonomia da pessoa diante da terminalidade da vida, em um contexto histórico marcado por descobertas científicas e tecnológicas na medicina, que permitiram a manutenção da vida por meios artificiais.

Sobre esse histórico, Dadalto (2015) expõe que, a partir de meados do século XX, a relação médico-paciente passou por transformações significativas que acarretaram mudanças nos paradigmas éticos e jurídicos da prática médica. Gradativamente, o modelo tradicional, no qual o médico detém o conhecimento e o poder decisório, foi superado e substituído por uma abordagem horizontalizada, alicerçada no respeito à autonomia do paciente. Quanto a isso, a autora reflete:

O contexto apresentado em que de um lado a autonomia do paciente emergia e, de outro, a tecnologização da medicina era capaz de adiar a morte de um paciente por tempo indefinido, criou os alicerces para o surgimento de discussões em torno de um pretense direito de morrer (Dadalto, 2015, p. 25).

Desse modo, as discussões sobre o direito de morrer, impulsionadas pela tecnologia médica, caminham lado a lado com o fortalecimento da autonomia, considerando as novas abordagens de cuidado e as mudanças na dinâmica médico-paciente.

Nesse cenário, a autonomia é reafirmada por diplomas e diretivas internacionais, que evidenciam a transição do modelo paternalista médico para a adoção de um modelo centrado no paciente, sendo que instrumentos como o consentimento informado e as diretivas antecipadas são expoentes dessa transformação (Godinho, 2012). Acerca dessa evolução, o autor ressalta:

Abandonou-se, portanto, o antigo e rigoroso modelo de busca pela beneficência, segundo o qual o médico poderia e deveria ministrar os tratamentos que, a seu juízo, fossem capazes de conduzir à cura de seus pacientes. Precisamente para evitar que a “opinião vulgar” do paciente viesse a representar a “desobediência” aos

mandamentos do médico, conforme constava no antigo diploma norte-americano das “obrigações dos pacientes para com seus médicos”, engendrouse um sistema dialético, em que o médico age não somente pelo mero impulso das suas convicções, mas também em **respeito aos interesses do paciente, segundo as intervenções que também a este pareçam mais adequadas. Daí emerge, então, o sentido do consentimento informado, expressão maior da autonomia para aceitar ou recusar determinados procedimentos**, com base nos esclarecimentos, prestados pelo médico, sobre a natureza da intervenção, os riscos, as contraindicações e as vantagens esperadas, além de outros elementos que possam relevar para a formação da livre convicção do paciente (Godinho, 2012, p. 949. Grifo nosso).

Tendo isso em vista, o consentimento informado representa o exercício da autonomia do paciente, que declara a sua vontade de forma livre e consciente. Do mesmo modo, as DAV constituem um desdobramento dessa nova concepção alinhada aos princípios éticos e jurídicos que garantem o respeito à vontade do indivíduo mesmo em momentos de incapacidade decisória. Por conseguinte, as diretivas antecipadas representam um importante avanço na consolidação da autonomia no campo da saúde, por se tratar de um instrumento que permite ao paciente participar ativamente das decisões sobre sua própria vida e seu tratamento, especialmente em situações de terminalidade.

No tocante às origens históricas das DAV, os Estados Unidos da América (EUA) é reconhecido como o primeiro país a abordar o tema em vista do seu histórico de defesa da autonomia individual. Um nome de destaque na discussão é Luiz Kutner, advogado e defensor dos Direitos Humanos, bem como autor do artigo *Due process of euthanasia: the living will, a proposal* (1969), no qual debateu sobre o direito de morrer. No texto, foi reconhecida a ilicitude da eutanásia, além de serem propostos argumentos em favor da autonomia do paciente para decidir sobre o seu tratamento quando a medicina já constatou a irreversibilidade de sua condição (Dadalto, 2015).

Versando sobre o direito de escolha do paciente, Kutner (1969) orientou a inserção de uma cláusula nos termos de consentimento para cirurgias e procedimentos radicais, na qual o paciente, ainda em gozo de suas faculdades mentais, possa manifestar a sua recusa a tratamentos futuros caso sua condição se torne incurável ou evolua para um estado vegetativo. Além disso, como solução para as situações mais súbitas, em que não há a oportunidade de solicitar o consentimento, o autor recomenda o documento denominado de *living will*.

Através do *living will*, a pessoa capaz, em pleno controle de suas faculdades mentais e de sua capacidade de se expressar, pode determinar, de modo antecipado, as escolhas quanto ao seu tratamento e a suspensão deste, especialmente na hipótese de o estado corporal do indivíduo se tornar vegetativo ou a terminalidade for comprovada. Assim, a pessoa, sempre em posse do documento, enquanto outros de confiança, a exemplo de seu médico pessoal ou

advogado detém também um arquivo, terá as suas escolhas manifestadas respeitadas (Kutner, 1969).

O debate sobre o direito dos pacientes em fim de vida intensificou-se nos EUA a partir de dois casos emblemáticos. As duas situações reais envolveram a batalha judicial das famílias de duas jovens americanas — Karen Ann Quinlan, na década de 70; Nancy Beth Cruzan, na década de 80 — pelo direito de suspender os meios artificiais de manutenção da vida, cada qual com suas particularidades clínicas, mas ambas em razão do estado vegetativo e do diagnóstico de irreversibilidade do quadro. Somente após autorização judicial, as famílias tiveram o seu pleito atendido (Dadalto, 2015).

Frente a esses acontecimentos, para permitir que os pacientes tenham autonomia na tomada de decisões sobre os seus cuidados médicos, especialmente em situações em que possam estar incapacitados, diretrizes importantes foram oficialmente incorporadas à legislação dos Estados Unidos com a promulgação, em 1990, da Lei Federal denominada *Patient Self-Determination Act* (PSDA) — Ato de Autodeterminação do Paciente (Mabtum; Marchetto, 2015). Essa emenda alterou os títulos XVIII (*Medicare*) e XIX (*Medicaid*) da Lei da Seguridade Social, representando um marco significativo na promoção da autonomia dos pacientes no contexto médico (Teoli, Ghassemzadeh, 2023).

A PSDA impõe obrigações a diversas instituições de saúde, como hospitais, organizações de saúde domiciliar e planos de saúde, para que estas garantam condições específicas que promovam a autonomia do paciente no seu cuidado. As medidas dispostas incluem, entre outras (Teoli, Ghassemzadeh, 2023):

- a) Informar os pacientes sobre seus direitos, incluindo a possibilidade de aceitar ou recusar tratamento clínico ou cirúrgico e de elaborar diretivas antecipadas para determinar os cuidados médicos aplicáveis caso fiquem incapacitados. Nesse caso, essas diretivas podem envolver o registro de instruções escritas detalhando suas decisões médicas e a nomeação de um representante legal para decidir em seu nome;
- b) Registro e documentação das diretivas antecipadas, sendo imposto às instituições o dever de indagar os pacientes sobre a existência de uma diretiva antecipada e de documentar essa informação no prontuário médico, assegurando que suas escolhas em relação ao tratamento sejam formalmente registradas e respeitadas;
- c) Proibição da discriminação de pacientes por estes possuírem ou não uma diretiva antecipada;
- d) Implementação das diretivas antecipadas válidas; e

- e) Realização de programas educacionais direcionados às equipes, aos pacientes e à comunidade sobre questões éticas que envolvam a autodeterminação do paciente e as diretrizes antecipadas.

A PSDA menciona não somente o registro de instruções escritas que determinem as decisões médicas do paciente, mas também a possibilidade de nomeação de um representante legal para decidir em seu nome. Diante disso, ela prevê dois tipos de diretivas, quais sejam: o testamento vital e o mandato duradouro.

As particularidades dessas duas espécies de diretivas, no contexto brasileiro, serão delineadas, posteriormente. Mas, em linhas gerais, de acordo com a supracitada lei, o testamento vital é uma modalidade de diretiva antecipada na qual a pessoa decide sobre os cuidados médicos que deseja receber futuramente, sendo utilizada quando a incapacidade do paciente resulta de uma doença incurável ou terminal. Já o mandato duradouro, aplicado em situações de incapacidade permanente ou temporária, envolve a nomeação de um procurador de saúde que será responsável por tomar decisões em nome do paciente, caso ele não possa fazê-lo devido à sua incapacidade (Dadalto, 2013).

Ante o exposto, as diretrizes estabelecidas na PSDA refletem um esforço para integrar os direitos do paciente com as práticas e políticas das instituições de saúde. Além de assegurar que as escolhas manifestadas pelo paciente sejam formalmente documentadas e implementadas, também impõe responsabilidades às instituições de saúde, garantindo que as decisões no âmbito da saúde sejam respeitadas. Assim, os limites e condições do tratamento ficam claros, diminuindo o risco de que a pessoa receba procedimentos invasivos ou prolongue seu sofrimento sem necessidade, contrariando sua vontade.

Dessa forma, a PSDA é um instrumento que visa garantir que a vontade do indivíduo seja respeitada, especialmente em momentos de vulnerabilidade, se o paciente estiver incapacitado de se comunicar ou de decidir por si mesmo. A possibilidade de expressar previamente os seus desejos sobre tratamentos médicos e cirúrgicos, garantida na lei, promove autonomia, dignidade e segurança jurídica, tanto para o paciente quanto para seus familiares e profissionais de saúde. Destarte, os dispositivos também garantem proteção legal e ética a todos os envolvidos.

Dada a importância desse tipo de normativa, vários outros países já regulamentaram as diretivas antecipadas, como Austrália, Espanha, França, Bélgica, Itália, Holanda, Uruguai e Argentina, entre outros. Além disso, surgiram outros documentos para manifestação de vontade dos pacientes, entre eles, o *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* (POLST).

Contudo, o Brasil se encontra aquém nesse panorama global, uma vez que ainda não regulamentou a questão de modo adequado (Dadalto, 2015).

4.2 DAV: testamento vital e mandato duradouro

As diretivas antecipadas de vontade compreendem um gênero de documento de manifestação de vontade para tratamento médico que pode ser elaborado, modificado ou revogado a qualquer tempo pelo seu titular, maior de idade e em plena consciência (Barbosa, 2019). É considerado como gênero porque dele derivam o Testamento Vital e o Mandato Duradouro como espécies, conforme a doutrina pesquisada, em consonância com a divisão estabelecida na PSDA (Godinho, 2012; Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013; Barbosa, 2019).

O testamento vital, espécie de diretiva antecipada de vontade, dispõe especificamente sobre os cuidados e tratamentos que o paciente aceita ou recusa submeter-se (Barbosa, 2019). Com este documento, “o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma” (Godinho, 2012, p. 956).

Em que pese o “testamento vital” ser a denominação mais utilizada no Brasil, não é considerada a mais adequada devido à imprecisão terminológica por remeter ao instituto do testamento, negócio jurídico unilateral de eficácia *causa mortis* (Godinho, 2012; Dadalto, 2013). Se, por um lado, assemelha-se ao testamento por ser unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável, diferencia-se deste instituto em razão de algumas características essenciais. A primeira delas remete à produção de efeitos *post mortem* do testamento, ao passo que o testamento vital tem eficácia inter vivos. A segunda faz referência à solenidade (Dadalto, 2013).

Além dessas distinções, Godinho (2012) aponta ainda o objeto distinto desses dois institutos. Como o autor bem esclarece, o testamento vital tem como objetivo pré-determinar a vontade do paciente em relação aos tratamentos médicos que deseja receber, enquanto o testamento, por sua vez, envolve, normalmente, a divisão do patrimônio do testador, apesar de ser permitido legalmente para fins não patrimoniais.

À luz dessas considerações, Penalva (2009) sugere a expressão “declaração prévia de vontade do paciente terminal”. Esta enfatiza tratar-se de uma declaração de vontade a ser utilizada pelo paciente em estado terminal, mas manifestada anteriormente no documento. Assim, a nomenclatura sugerida é mais precisa e adequada ao contexto em que a manifestação

de vontade do paciente ocorre. Ainda assim, a terminologia *testamento vital* é mais amplamente utilizada devido a traduções sucessivas e literais do *living will*.

Já no que diz respeito à outra espécie de diretiva antecipada, o mandato duradouro — ou procuração para cuidados de saúde —, consiste na nomeação de um representante para tomar as decisões em relação ao paciente, quando este encontrar-se incapaz de expressar suas vontades, seja de forma permanente ou temporária (Barbosa, 2019). Para isso, é importante que o procurador de saúde não baseie as decisões na sua própria vontade, mas o faça com base na vontade do paciente (Penalva, 2009).

Sobre o mandato duradouro, Godinho (2012) ressalta:

O instituto do mandato duradouro pressupõe a constituição de um mandatário, aí designado “procurador de cuidados de saúde”, que recebe poderes expressos para, ao agir em nome do paciente e segundo instruções por ele transmitidas, decidir acerca dos tratamentos e cuidados com a saúde o próprio representado admite ou rejeita para si. **O referido procurador, portanto, atuará como um interlocutor entre o paciente, cujas instruções deverá fielmente seguir, e a equipe médica** (Godinho, 2012, p. 968. Grifo nosso).

Esse direcionamento está intrinsecamente relacionado ao princípio fundamental da autonomia, uma vez que é direito do paciente decidir sobre a sua vida e seu tratamento. Tendo isso em vista, a autonomia do paciente deve ser resguardada mesmo quando ele estiver impossibilitado de expressar as suas vontades diretamente. Logo, o procurador, ao figurar como representante, assume o dever de decidir de acordo com a vontade, os valores e as motivações previamente manifestadas pelo paciente, promovendo, assim, a manutenção de sua dignidade e autonomia, mesmo em contextos de vulnerabilidade da saúde.

Outrossim, a principal controvérsia apontada por Penalva (2009) em relação ao mandato duradouro reside na definição de quem deve ser nomeado procurador do paciente, uma vez que essa escolha pode implicar desafios éticos, jurídicos e emocionais. Discute-se, nesse caso, o que seria mais adequado: Considerar os laços afetivos e familiares pela proximidade com o paciente ou decidir pela imparcialidade e a expertise técnica da área médica ou jurídica de um terceiro na tentativa de minimizar conflitos de interesse?

Essa questão apresentada é complexa, pois envolve a necessidade de equilibrar a proximidade emocional do procurador com a sua capacidade de tomar decisões alinhadas com a vontade do paciente, bem como fundamentadas técnica e eticamente, assegurando a sua autonomia e dignidade. Nesse sentido, a ausência de regulamentação e de diretrizes, além de gerar incertezas quanto aos critérios de escolha e à legitimidade das decisões tomadas em

nome do paciente, pode resultar em conflitos entre familiares, profissionais de saúde e o próprio sistema jurídico, dificultando a implementação das diretivas antecipadas de vontade.

Essa dificuldade pode ser compreendida, inclusive, como um sintoma da lacuna normativa sobre o tema. Dessa forma, a questão demanda uma abordagem que considere os aspectos éticos, técnicos e a necessidade de um arcabouço normativo para proporcionar maior segurança jurídica e efetividade na garantia dos direitos do paciente.

4.3 DAV no contexto brasileiro

Apesar do progresso no campo da saúde, ainda é desafiador o caminho no campo jurídico sobre essa temática. Como esclarece Oliveira (2023), consultor legislativo do Senado Federal, em artigo proposto pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa, através das DAV, a pessoa pode predeterminar o que deve ser feito em relação à sua vida, ao seu corpo e ao seu patrimônio no caso de perda de lucidez ou de morte; entretanto, a legislação e a doutrina brasileiras não estão ainda amadurecidas quanto à sua instrumentalização.

No Brasil, é certo o entendimento de que o paciente tem a liberdade de decidir pela realização ou recusa de qualquer tratamento ou intervenção médica, mediante o consentimento informado. Embora este termo não seja aludido explicitamente no ordenamento jurídico brasileiro, tal prerrogativa é respaldada por normas e precedentes legais, que asseguram a autonomia do paciente nessas circunstâncias. Entre elas, pode-se mencionar o art. 15 do Código Civil, instituído pela Lei nº 10.406/2002, que determina que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (Brasil, 2002), como também resoluções do Conselho Federal de Medicina, a exemplo da Resolução CFM Nº 1.081/1982¹ (Godinho, 2012).

O reconhecimento de que o indivíduo pode decidir sobre a sua própria saúde e ter voz nas decisões sobre os tratamentos médicos abre o caminho para que o consentimento seja planejado de forma antecipada também quanto a tratamentos futuros. Essa abordagem vai além da aceitação ou recusa imediata de um tratamento, pois leva em consideração as intenções do paciente ao longo do tempo, o que inclui momentos futuros possíveis, cabendo ao médico cumprir a decisão do paciente sobre os seus cuidados (Godinho, 2012).

¹ A Resolução CFM Nº 1.081/1982, pela ementa, orienta sobre o consentimento ou autorização dada pelo paciente ou responsável ao médico para necropsia, provas necessárias ao diagnóstico e tratamento.

Nessa perspectiva, é importante esclarecer a distinção entre o consentimento informado e as diretivas antecipadas. Enquanto o consentimento diz respeito à autorização para um procedimento médico específico relacionado à uma condição atual, as diretivas antecipadas envolvem decisões relativas às situações futuras sobre tratamentos que podem (ou não) ser necessários, aplicando-se as suas disposições caso o paciente não consiga mais expressá-las. Apesar desta clara diferenciação, em ambas as situações, o respeito à autonomia do paciente é a base de todo o processo (Godinho, 2012).

No que diz respeito à regulamentação das diretivas antecipadas de vontade, não há previsão expressa no ordenamento jurídico brasileiro, seja na forma de mandato ou na forma de testamento vital. Ocorre que, no Brasil, apesar de não existir lei específica para as DAV, este instituto e suas espécies são reconhecidos no País, especialmente por normativas do Conselho Federal de Medicina (Oliveira, 2023), quais sejam:

- a) Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes;
- b) Resolução CFM nº 2.232/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente;
- c) Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018, mais especificamente o seu art. 41, parágrafo único.

Além das supracitadas resoluções, as DAV também foram admitidas em enunciados de Jornadas de Direito, especificamente:

Enunciado 528 da Jornada de Direito Civil: É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado "testamento vital", em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade (Conselho da Justiça Federal, 2015, p. 105).

Enunciado 37 do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde: As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p. 6).

No que diz respeito à Resolução CFM nº 1.995/2012, nela são definidas as diretivas antecipadas de vontade e as normas gerais para o seu registro e aplicação, *in verbis*:

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 (Conselho Federal de Medicina, 2012. Grifo nosso).

A definição de diretivas antecipadas de vontade disposta no art. 1º, da Resolução CFM nº 1.995/2012, está alinhada ao panorama global sobre a temática, uma vez que reforça o princípio da autonomia do paciente, garantindo que os seus desejos previamente manifestados sobre tratamentos de saúde sejam respeitados em situações de incapacidade. Para isso, a Resolução admite as duas espécies de diretivas antecipadas, na forma do testamento vital e na forma do mandato duradouro. Além disso, as diretivas devem ser formalizadas previamente de modo a conferir maior segurança jurídica e facilitar sua aplicação pelos profissionais de saúde.

Ao delimitar as diretivas antecipadas como um "conjunto de desejos", a resolução faz uso de um termo subjetivo, mas que expõe uma manifestação legítima da autodeterminação do indivíduo. Nessa concepção, as diretivas não são meramente preferências que podem ser colocadas em segundo plano pela equipe ou pela família, mas são decisões previamente estabelecidas pelo paciente que devem ser seguidas conforme sua manifestação expressa.

Em contrapartida, merece atenção a expressão "levar em consideração" no contexto do art. 2º, *caput* e § 1º. O termo sugere que as diretivas e as informações declaradas pelo representante do paciente serão avaliadas pelo médico, mas não necessariamente seguidas de forma vinculante, o que pode gerar ambiguidades quanto ao cumprimento das diretivas antecipadas de vontade.

Essa formulação pode abrir margem para interpretações subjetivas, em que o profissional de saúde decida, com base em sua própria análise, se respeitará ou não a vontade previamente manifestada pelo paciente. Entretanto, a própria resolução estabelece um limite para essa discricionariedade médica, visto que, no § 2º do art. 2º, esclarece que o médico poderá deixar de seguir as diretivas antecipadas quando estas forem incompatíveis com os princípios e normas do Código de Ética Médica.

Como resultado, evidencia-se uma clara limitação às DAV. Além dessa, Penalva (2009) menciona outras restrições impostas à declaração prévia de vontade do paciente terminal (testamento vital), as quais podem ser estendidas às diretivas como um todo. Entre

elas, destacam-se: a objeção de consciência do médico; a vedação de disposições contrárias ao ordenamento jurídico, como a prática da eutanásia; e a impossibilidade de determinações incompatíveis com a patologia do paciente ou com tratamentos já superados pelo avanço da medicina.

Posto isto, é necessário um equilíbrio entre a autonomia do paciente e os limites éticos e legais que regem a prática médica, a fim de evitar o enfraquecimento da efetividade das diretivas antecipadas de vontade. Se, por um lado, as diretivas não podem impor condutas vedadas pelo Código de Ética Médica e pelo ordenamento, por outro, tampouco se pode admitir que a decisão do profissional de saúde, ao ignorar a vontade expressa do paciente, seja pautada por critérios livres ou arbitrários.

Em síntese, os dispositivos previstos na Resolução CFM nº 1.995/2012 representaram um passo essencial para o reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade, sobretudo por estabelecerem diretrizes gerais sobre o tema e por admitirem as diretivas - e suas espécies, o testamento vital e o mandato duradouro - como instrumentos legítimos para o exercício da autonomia do paciente. Dessa forma, dirigiu a atenção da sociedade para a discussão desse tema de grande relevância.

No entanto, apesar dos benefícios relacionados à postura do CFM, essa medida limita-se a um guia ético para os profissionais de saúde da classe médica. Somado a isso, não formaliza aspectos fundamentais das DAV, como o seu conteúdo, a capacidade dos outorgantes, o prazo de validade e a criação de um registro nacional (Dadalto, Tupinambás, Greco, 2013).

Nessa senda, a resolução, por si só, não supre a ausência de uma regulamentação legal sobre as diretivas antecipadas no Brasil, o que precariza a sua implementação e gera incertezas sobre a sua obrigatoriedade de cumprimento e limitações. Logo, para assegurar uma regulamentação efetiva e abrangente dessas questões, é fundamental a criação de normas legais mais robustas.

Ainda assim, como refletem Dadalto, Tupinambás e Greco (2013), a resolução teve um papel relevante ao ampliar o debate, especialmente sobre a necessidade de uma regulamentação legislativa específica para as diretivas antecipadas de vontade.

Na Resolução nº 2.232/2019 (Conselho Federal de Medicina, 2019), por sua vez, o CFM determinou normas éticas para a recusa terapêutica e objeção de consciência na relação médico-paciente. Nesta, também é assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusar a conduta proposta pelo médico em tratamentos eletivos, nos termos do art. 2º, da Resolução. E, diante da recusa

terapêutica do paciente, o médico pode propor outro tratamento disponível, conforme o parágrafo único do art. 2º da mesma norma.

Entretanto, a resolução em comento traz pontos que suscitaram opiniões divergentes. Um deles diz respeito ao direito à objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente (Art. 7º). Nessa circunstância, é garantido ao médico a possibilidade de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (Art. 8º).

Esse dispositivo estabelece uma restrição às diretivas antecipadas ao reconhecer a objeção de consciência, limite anteriormente mencionado. Nesse contexto, ainda que as diretivas se apresentem juridicamente válidas, suas determinações podem não ser observadas caso envolvam práticas que confrontam as convicções do profissional.

Dessa forma, a norma busca conciliar o respeito à autonomia do paciente com a proteção à liberdade de consciência do médico, garantindo, contudo, que a recusa ao atendimento não resulte em desassistência. Para isso, o profissional deve encaminhar o paciente a outro médico que possa cumprir suas diretivas, em conformidade com o art. 9º da Resolução.

Outro tópico controverso remete aos artigos 10 e 11 da Resolução nº 2.232/2019, *in verbis*:

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica (Conselho Federal de Medicina, 2019).

Observa-se uma relativização da prerrogativa do direito de escolha do paciente em nome da preservação da vida e da integridade física, autorizando a imposição de tratamento forçado aos pacientes. Em razão disso e também por considerar inconstitucional o ato do CFM, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) questionou a resolução, tendo ajuizado a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 642), ainda em trâmite no Supremo Tribunal Federal (STF) (Brasil, 2019).

Os dispositivos destacados autorizam a imposição do tratamento, independente da recusa terapêutica, nas situações de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente ou risco iminente de morte. A justificativa para

essa imposição está ancorada no princípio da beneficência, que orienta o profissional de saúde a agir no melhor interesse do paciente.

Todavia, é importante destacar que, embora a proteção da vida seja um valor fundamental, a ênfase excessiva na beneficência e não maleficência pode desconsiderar o direito do paciente de decidir sobre seu próprio corpo e tratamento, criando um cenário onde as decisões médicas podem prevalecer sobre as escolhas individuais do paciente. Nesse sentido, em que pese a vida constituir um aspecto central de ambos os princípios, os princípios bioéticos citados não se limitam a esse direito, mas devem também considerar o bem-estar do paciente, o que é mais benéfico e menos prejudicial a ele, de acordo com seus valores, desejos e contexto.

Por conseguinte, a imposição do tratamento vai na contramão do direito à autonomia do indivíduo, um dos princípios fundamentais da bioética e do biodireito, suscitando um debate profundo sobre a compatibilização do dever médico com o princípio da dignidade da pessoa humana. Nessa perspectiva, a violação à autonomia e à dignidade do paciente torna-se ainda mais evidente quando há a desconsideração de uma manifestação clara e prévia de sua vontade através de diretivas antecipadas.

Como apontam Cavalcante e Vita (2022), quando a autonomia do paciente é ameaçada — especialmente em momentos de fragilidade física e emocional —, instala-se uma lógica de superproteção e paternalismo por parte de familiares e profissionais de saúde. Essa atitude, embora geralmente bem-intencionada, acaba por silenciar o paciente, impedindo que suas queixas, vontades, valores e crenças sejam de fato escutados e considerados no processo de decisão sobre seu próprio cuidado.

Nesse sentido, desconsiderar a escolha individual sob o argumento de proteção à saúde pode constituir uma conduta paternalista resultante da dinâmica médico-paciente tradicional que desconsidera a capacidade do indivíduo de determinar o tratamento adequado ou aceitável para si — uma visão que, teoricamente, já se supunha superada. É importante lembrar que a dignidade, enquanto princípio fundamental, está intrinsecamente ligada à autonomia e exige que a pessoa seja reconhecida como um fim em si mesma, e não apenas como sujeito da tutela médica. Assim, reconhecer a dignidade do paciente implica respeitar sua capacidade de escolha e sua individualidade, e não apenas protegê-lo sob uma lógica de proteção.

Diante disso, outro ponto crítico envolve a insegurança jurídica das diretivas antecipadas de vontade. Se a imposição do tratamento pode ser sobreposta às diretrizes previamente estabelecidas pelo paciente, pode-se questionar a eficácia desse instrumento e a segurança sobre a validade das decisões tomadas.

À vista disso, aponta-se a possível incompatibilidade de alguns dispositivos da resolução com princípios éticos e constitucionais que constituem a base das diretivas antecipadas, em especial, a dignidade da pessoa humana e a autonomia.

Ao avançar no debate acerca da aplicabilidade e limitações das DAV, uma questão controversa, exposta por Oliveira (2023), diz respeito à possibilidade de uma pessoa manifestar expressamente, por meio de um testamento vital, o desinteresse por ações diagnósticas ou terapêuticas que possam ser úteis para evitar a morte. Como exemplo, pode-se mencionar os casos em que há a recusa de transfusão sanguínea pelas pessoas Testemunhas de Jeová como objeto de debates e de demandas judiciais.

4.4 As DAV na jurisprudência do STF: um olhar sobre a dignidade da pessoa humana e a autonomia

Tendo em vista a temática debatida, foi realizada uma busca jurisprudencial no portal do Supremo Tribunal Federal (STF) (<https://portal.stf.jus.br/>) com uso da palavra-chave “diretivas antecipadas de vontade”. Foram identificados dois acórdãos relevantes: o Recurso Extraordinário (RE) 979.742/AM (Tema 952) e o Recurso Extraordinário (RE) 1.212.272/SP (Tema 1.069), de relatoria dos ministros Barroso e Gilmar Mendes, respectivamente (Brasil, 2024a; 2024b).

No julgamento conjunto desses recursos, o STF discutiu a possibilidade de recusa de tratamento de saúde. De modo geral, à luz de dois casos específicos, debateu-se a legitimidade do paciente — ou de seu representante legal — para renunciar tratamentos médicos, inclusive transfusões de sangue, com fundamento em convicções religiosas ou no exercício da autonomia individual (Brasil, 2024a; 2024b).

Em setembro de 2024, o Plenário decidiu que as pessoas testemunhas de Jeová, capazes, têm o direito de recusar procedimentos médicos que envolvam transfusão de sangue, sendo dever do Estado oferecer procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Também foi determinado que a decisão pela recusa terapêutica deve ser “inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretiva antecipada de vontade” (Brasil, 2024b, p. 318).

No decorrer do julgamento, e de modo particular na redação da tese 1.069, mencionou-se as diretivas antecipadas de vontade como um instrumento válido para a manifestação da vontade livre e consciente do paciente. Lê-se na íntegra as teses fixadas nos REs 979.742 (Tema 952) e 1.212.272 (Tema 1.069), respectivamente:

Decisão: O Tribunal, por unanimidade, apreciando o **tema 952** da repercussão geral, negou provimento ao recurso extraordinário e fixou a seguinte tese: “1. Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. 2. Como consequência, em respeito ao direito à vida e à saúde, fazem jus aos procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de seu domicílio” (Brasil, 2024a, p. 348. Grifo nosso).

Decisão: O Tribunal, por unanimidade, apreciando o **tema 1.069** da repercussão geral, julgou prejudicado o recurso extraordinário e fixou as seguintes teses: “1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. **A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade.** 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente” (Brasil, 2024b, p. 318. Grifo nosso).

Nas decisões, reconheceu-se que a autodeterminação e a liberdade de crença configuram-se como direitos fundamentais da pessoa. Assim, a manifestação livre, consciente e informada de recusar submeter-se a tratamento impede a atuação forçada dos profissionais de saúde envolvidos, ainda que esteja presente risco iminente de morte do paciente. Logo, não é admissível que os profissionais de saúde procedam com a intervenção coercitiva, pois a decisão da pessoa, dotada de capacidade civil, quando tomada dentro desses parâmetros, impede a realização de qualquer ato forçado, resguardando, assim, a sua dignidade e o direito de escolha sobre o próprio corpo (Brasil, 2024a; 2024b).

Considerando os argumentos apresentados pelos ministros no julgamento, merece especial destaque o posicionamento do ministro André Mendonça, cujo voto tratou de questões centrais relacionadas à manifestação da vontade do paciente. Sua análise contrapõe-se a certos aspectos das resoluções do CFM, promovendo um debate relevante sobre os limites éticos e jurídicos da atuação médica diante da autonomia individual.

Ao discorrer sobre a questão, o ministro mencionou o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e a Resolução nº 2.232/2019, ressaltando que ambos os diplomas impõem a incolumidade da saúde ou da vida como barreira à autonomia do paciente, em conformidade com as explanações realizadas no tópico anterior. Ao ponderar sobre qual desses valores deve prevalecer, sua análise recai sobre a indagação de se a primazia da vida e da integridade física se revela intransponível ou se, inexistindo afronta a direitos de terceiros, a expressão volitiva do paciente deve imperar de forma absoluta (Brasil, 2024a; 2024b).

Em face dos casos debatidos, para o ministro, é imprescindível incluir nessa discussão a dignidade da pessoa humana como elemento fundante do corolário dos direitos fundamentais. Isso porque, para as pessoas testemunhas de Jeová, a transfusão de sangue equipara-se a uma violência física e psíquica contrária à sua identidade e sua consciência (Brasil, 2024a; 2024b). Logo, impor esse tratamento constitui um claro ataque à sua dignidade.

Desse modo, o magistrado decide pela primazia da autonomia da vontade, em estrita observância à dignidade da pessoa humana. Sobre isso, reflete:

[...] entendo que deva prevalecer a autonomia da vontade, aqui, livre e informada; **ainda que tal objeção acarrete riscos à incolumidade do paciente.**

31. Faço questão de reforçar que esta posição não está em nada indiferente à vida ou à saúde das pessoas, como não deve estar o Estado, em hipótese alguma. Nesta circunstância extrema, conhecida toda a concepção religiosa dos testemunhas de Jeová, **não me parece razoável cercear-lhes a vontade livremente manifestada. Deve o Estado franquear às pessoas a oportunidade de viver da maneira como entendem melhor, desde que respeitados os valores basilares de nossa sociedade, os direitos e a liberdade dos demais.** Parece-me, a propósito, ser este o ideal de bem-estar perseguido por uma sociedade que se pretende livre, justa e solidária.

32. Considero que as pessoas devem ter esperanças, e lutar pela vida e por sua felicidade. **Uma vida feliz é expressão de uma vida digna. Mas compreendo que, perder sua dignidade, seus valores, pode ser, para quem assim pense, pior do que perder a vida, e creio que essa compreensão deva ser por nós respeitada** (Brasil, 2024b, p. 151. Grifo nosso).

Em harmonia com esse entendimento, o ministro, além de acompanhar o voto do relator em favor da autonomia das testemunhas de Jeová, manifestou-se contrariamente às normas administrativas promulgadas pelo CFM, apoiando-se no enunciado nº 403 da V Jornada de Direito Civil, organizada pelo Conselho de Justiça Federal (2012), para fundamentar sua decisão.

O referido enunciado reconhece que o direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da CF/88, abrange a recusa a tratamento médico, inclusive em situações de risco de morte, desde que respeitados certos critérios, como a plena capacidade civil, a manifestação de vontade livre, consciente e informada, e que a recusa diga respeito apenas à própria pessoa. Diante disso, o ministro declarou a inconstitucionalidade das normas que impõem ao paciente testemunha de Jeová a submissão ao tratamento contra sua vontade, mesmo se houver riscos à sua vida.

Além disso, foi defendido que a vontade manifestada por meio de documentação hígida, deve ser igualmente respeitada, desde que sejam observados tais requisitos. Conforme

destacou o magistrado, “o “testamento vital”, como é chamado, haverá de suprir um ato de, talvez, última vontade do paciente” (Brasil, 2024b, p. 154).

Por outro lado, a imposição de tratamento médico, contrariando a vontade previamente expressa nessa espécie de diretiva, configura uma afronta direta aos princípios fundamentais da bioética e do biodireito. Em primeiro plano, viola-se o princípio da dignidade da pessoa humana, a partir do qual a vida é protegida na sua magnitude. Portanto, não se limita à existência física, mas envolve a integridade e a autonomia do ser humano como sujeito de direitos e de valores.

Nessa perspectiva, a realização de tratamentos contrários aos desejos expressos pelo paciente através de diretivas, também pode significar uma ofensa, simultânea, aos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, uma vez que desrespeita a legítima decisão do paciente sobre seu próprio corpo e tratamento, mesmo quando essa decisão tenha sido manifestada de forma livre, consciente e informada. Além disso, ignora que o “melhor interesse” do paciente está atrelado aos seus próprios valores e crenças, e não unicamente com base em critérios técnicos e médicos, mesmo que com a intenção de preservar a vida.

Diante da análise empreendida, a posição do STF no julgamento conjunto dos REs n. 979.742 (Tema 952) e n. 1.212.272 (Tema 1.069) contribui para a ampliação do debate acerca dos direitos do paciente sobre sua própria vida e corpo, especialmente no que se refere ao exercício da autonomia, ao princípio da dignidade da pessoa humana e à legitimidade da recusa de tratamentos médicos. Entretanto, quando confrontadas com a temática das diretivas antecipadas de vontade, tais decisões, apesar de relevantes sob o ponto de vista teórico, não promoveram um avanço prático significativo.

A Suprema Corte tratou de casos concretos que envolviam o consentimento atual, sem, entretanto, debater de modo direto e profundo sobre a manifestação de vontade em momentos anteriores à perda da capacidade de consentimento, sendo este o campo central das diretivas antecipadas de vontade. Assim, embora tenha reafirmado o direito do paciente capaz de decidir sobre sua saúde, não foi analisada, com a devida profundidade, a problemática da eficácia jurídica das DAV em situações de incapacidade, bem como os dilemas envolvidos na temática.

Dessa forma, a ausência de enfrentamento direto dessas questões perpetua a lacuna normativa-jurídica e as dúvidas que comprometem a aplicabilidade das diretivas. Enquanto persistir essa ausência de regulamentação, a insegurança jurídica afeta todos os envolvidos

com as diretivas antecipadas, incluindo profissionais da saúde, instituições de saúde, pacientes e familiares que permanecem vulneráveis.

Logo, exige-se do legislador uma atuação normativa urgente para assegurar a eficácia desse importante mecanismo de expressão da autonomia privada. Da mesma forma, é fundamental que o Judiciário, quando provocado, adote uma postura clara e cuidadosa ao realizar o juízo de ponderação entre os direitos e princípios em questão, assegurando a aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade dentro de uma abordagem ética e humanizada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, impõe-se, por oportuno, apresentar as considerações finais, retomando os principais pontos que sustentam o objeto do presente trabalho. Este teve como escopo principal refletir, à luz dos fundamentos bioéticos, jurídicos e doutrinários sobre a aplicabilidade e os desafios das diretivas antecipadas de vontade no ordenamento jurídico brasileiro. Tendo isso em vista, a abordagem proposta exigiu o entrelaçamento de diversos campos do saber, especialmente o direito, a bioética e a saúde, com o objetivo de compreender de forma aprofundada a complexidade dessa temática.

O caminho histórico e conceitual apresentado no decorrer do trabalho revelou alguns marcos importantes na origem da bioética. De modo geral, o intenso progresso da ciência e da tecnologia tornou cada vez mais urgente considerar as implicações éticas dessas transformações, especialmente no que diz respeito aos limites da ação humana sobre a natureza e a vida. Assim, as preocupações relativas aos direitos dos pacientes e dos cidadãos submetidos a experimentos científicos, tratamentos terapêuticos e possíveis impactos ambientais passaram a ocupar posição central nos debates bioéticos, com vistas a equilibrar o desenvolvimento biotecnológico com a proteção à dignidade humana e a preservação do meio ambiente.

Cumprido destacar que a consolidação da bioética como disciplina, bem como a sua relação com o direito, constitui não apenas um avanço teórico, mas um instrumento de crítica e orientação da prática médica e jurídica diante dos desafios do cuidado e da tomada de decisões. Sob essa ótica, os princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — despontam como diretrizes fundamentais na resolução de dilemas éticos complexos. Dessa forma, contribuem para a construção de práticas responsáveis e eticamente sustentáveis, priorizando o bem-estar e a dignidade da pessoa.

A dignidade da pessoa humana, consagrada na Constituição Federal como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, é o princípio basilar da ética moral e jurídica, fundamentando a proteção e o respeito incondicional à vida da pessoa em sua magnitude. Nesse contexto, a vida, enquanto expressão da dignidade, não se limita à mera existência biológica ou física, mas compreende um conjunto de elementos que conferem sentido à existência.

Isto posto, a autonomia individual emerge como desdobramento essencial da dignidade, assegurando ao indivíduo o direito de participar ativamente das decisões que dizem respeito ao seu próprio corpo, inclusive por meio das diretivas antecipadas de vontade. O

respeito à autonomia, portanto, representa não apenas a preservação da liberdade individual, mas também a efetivação do princípio da dignidade.

Considerando tais premissas, identificou-se uma mudança de paradigma na relação médico-paciente: do modelo paternalista centrado no médico para um modelo centrado no paciente, que passa a ser protagonista das decisões sobre seu próprio corpo e tratamento. Nesse novo modelo, compreende-se que a decisão sobre tratamentos de saúde não deve ser exclusivamente técnica, mas também incorpora dimensões éticas, jurídicas e pessoais, respeitando os valores, crenças e desejos individuais de cada pessoa.

Essa transformação configura um importante progresso na abordagem contemporânea do cuidado em saúde por fortalecer a autonomia do paciente e promover maior humanização nas práticas médicas. Contribui, ainda, para a construção de decisões mais conscientes, compartilhadas e alinhadas com a dignidade da pessoa humana.

No entanto, esse ideal é frequentemente posto à prova em situações de risco iminente à vida ou quando a vontade previamente manifestada pelo paciente diverge da conduta considerada adequada pela equipe médica, gerando tensões éticas e incertezas quanto à primazia da autonomia frente ao saber técnico.

Nessas circunstâncias, constata-se que a resposta à segunda questão-problema que orientou este trabalho não é simples. Ainda assim, defende-se, na presente análise, que, diante de situações complexas em que se contrapõem a autonomia do indivíduo e a preservação da vida a qualquer custo, o direito à vida não deve ser interpretado isoladamente, tampouco imposto em detrimento da vontade pessoal, desconsiderando os valores existenciais, a dignidade e a autodeterminação do sujeito. Com base nessa perspectiva, afirma-se que a vida somente é digna quando vivida com sentido, liberdade e respeito às escolhas individuais — inclusive quanto ao seu desfecho.

As diretivas antecipadas de vontade, nesse sentido, são expressões concretas dessas mudanças paradigmáticas, visto que colocam o paciente no centro da decisão sobre sua própria existência, reconhecendo sua capacidade de escolher como deseja ser cuidado no fim da vida. Representam um resgate da autonomia do indivíduo, possibilitando-lhe escolher, de maneira prévia e consciente, os tratamentos que deseja — ou não deseja — receber em caso de incapacidade futura. Trata-se, portanto, de um instrumento que fortalece o princípio da dignidade da pessoa humana, conferindo concretude a um modelo de atenção à saúde pautado no respeito à autonomia e à singularidade de cada indivíduo.

No panorama internacional, as diretivas antecipadas de vontade já se encontram amplamente reconhecidas e regulamentadas em diversos países. No Brasil, entretanto, a

evolução tem ocorrido de forma mais tímida. Constatou-se que ainda não há legislação específica sobre o tema, sendo as diretivas ancoradas em princípios constitucionais e regulamentadas por normas infralegais, como a Resolução n.º 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina que reconhece a validade da manifestação antecipada de vontade do paciente no âmbito das decisões sobre cuidados e tratamentos médicos. Embora a referida norma seja uma conquista, sua natureza administrativa limita a eficácia e a segurança jurídica das diretivas.

Além disso, observam-se importantes restrições estabelecidas pela Resolução CFM n.º 2.232/2019 que concede ao médico a possibilidade de desconsiderar a vontade expressa do paciente em situações críticas, caso entenda que a intervenção médica é essencial para preservar a vida ou a saúde do paciente. Isso evidencia a colisão entre o direito à autonomia do paciente e o papel do médico como protetor da vida. Nessa tensão, a norma claramente privilegia a interpretação do médico sobre os direitos do paciente e fragiliza o direito deste de controlar suas decisões de saúde. Essa abordagem abre espaço para questões éticas complexas e aumenta o risco de judicialização, além de gerar um conflito entre as decisões dos médicos e as escolhas do paciente, o que pode repercutir negativamente na relação entre ambos e prejudicar a dinâmica de cuidado, que deve ser pautada pela confiança e respeito mútuo.

Esse cenário de oposição entre a intervenção médica e os desejos do paciente foi evidenciado na análise jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal, particularmente no julgamento conjunto dos Recursos Extraordinários n.º 979.742 e n.º 1.212.272. Neste, foi ressaltada a autodeterminação do paciente sobre sua vida e seu corpo. Ao abordar a recusa terapêutica por parte de pacientes testemunhas de Jeová, o STF reafirmou que o Estado não pode impor tratamento médico invasivo contra a vontade do indivíduo, inclusive quando expressa nas diretivas, mesmo sob o argumento de preservação da vida.

Ademais, a imposição de medidas terapêuticas contrárias à vontade do paciente reduziria o indivíduo à condição de mero objeto de intervenção médica, o que configura uma afronta direta aos princípios bioéticos que orientam a prática clínica contemporânea. Desse modo, a posição do STF, que estabeleceu o direito do paciente em exercer a sua autonomia, reitera uma ética jurídica pautada na liberdade individual e no pluralismo de valores, reconhecendo que o direito à vida não pode ser interpretado de forma absoluta e dissociada da dignidade e de outros princípios.

Todavia, apesar de o julgamento ser um importante precedente no fortalecimento da autonomia do paciente e na valorização do seu consentimento livre e esclarecido, a Suprema Corte não enfrentou de maneira direta e conclusiva as especificidades desse instrumento,

permanecendo, assim, a lacuna jurídica que compromete a efetividade do respeito à vontade do paciente em situações de incapacidade. Dessa forma, não houve um avanço substancial na prática sobre a temática.

Em uma análise crítica, entende-se que, apesar da relevância dos debates promovidos, a ausência de avanços concretos continua a gerar insegurança para todos os envolvidos na aplicação das DAV. Assim, permanece a necessidade de normatização legal que discipline os requisitos, os limites e a eficácia das diretivas, assegurando sua observância em consonância com os direitos fundamentais garantidos pela Constituição.

Ressalta-se, ainda, que a ausência de uma legislação específica compromete não apenas a efetividade das diretivas antecipadas de vontade, mas também o próprio exercício da autonomia do paciente, especialmente nos momentos mais vulneráveis da existência diante de condições graves de saúde. Além disso, tem consequências para os familiares e profissionais da saúde que, diante de um quadro normativo incerto, muitas vezes se veem inseguros para cumprir as determinações deixadas pelo paciente ou, em função da proteção à vida a todo custo, anulam a vontade do paciente.

Assim, conclui-se que o fortalecimento das diretivas antecipadas de vontade no ordenamento jurídico brasileiro representa um avanço não apenas normativo, mas também civilizatório. Trata-se de reconhecer, em termos práticos e jurídicos, que viver com dignidade inclui também o direito de morrer com dignidade, com autonomia, com cuidado e com respeito.

Mas, não basta reconhecer a validade das diretivas antecipadas no contexto brasileiro. Somente por meio de uma lei específica será possível estabelecer critérios objetivos, delimitar responsabilidades e assegurar a eficácia desses instrumentos como legítima expressão da autonomia pessoal, garantindo maior segurança jurídica aos envolvidos — paciente, família, profissionais de saúde, serviços de saúde, operadores do Direito, entre outros.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Otton Cássio Ribeiro. **Diretivas antecipadas de vontade**: a legitimação da autonomia e dignidade da pessoa humana no fim da vida. Monografia. (Graduação em Direito) Faculdade de Direito. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/items/0aae2e44-2857-4088-8ed4-bb846ddf9ee8/full>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. **Código de ética médica: comentado e interpretado**. 1. ed. Timburi, SP: Editora Cia do eBook, 2019. 836 p. ISBN 978-85-923051-1-6.

BARROSO, Luís Roberto. "Aqui, lá e em todo lugar": a dignidade humana no direito contemporâneo e no discurso transnacional. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 50, p. 95-147, out./dez. 2013.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho Martel. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista do Ministério Público**. Rio de Janeiro: n. 40, p. 103-139, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Brasília, DF: Senado Federal, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L2848.htm. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 7 mai. 2024. Seção 1, p. 134. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 out. 2018. Seção 1, p. 156. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão. **Recurso Extraordinário nº 1.212.272**. Repercussão Geral. Mérito (Tema 1069). Relator: Min. Gilmar Mendes. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Julgamento 25 set. 2024. Processo eletrônico. Publicação: 26 nov. 2024b. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&queryString=diretivas%20antecipadas%20de%20vontade&sort=_score&sortBy=desc. Acesso em: 01 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão. **Recurso Extraordinário nº 979.742**. Repercussão geral. Mérito (Tema 952). Relator: Luís Roberto Barroso. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Julgamento 25 set. 2024. Processo Eletrônico. Publicação 26 nov. 2024a. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&queryString=diretivas%20antecipadas%20de%20vontade&sort=_score&sortBy=desc Acesso em: 01 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 642**: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Medida Liminar. Processo eletrônico público. Número único: 0035724-15.2019.1.00.0000. Relator: Min. Nunes Marques. Requerente: Partido Socialismo e Liberdade (P-SOL). Origem: Distrito Federal. Data de Protocolo: 20 dez. 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5839268>. Acesso em: 1 abr. 2025.

CAVALCANTE, Hilton Marinho Silva; VITA, Maria da Conceição Almeida. Diretivas antecipadas de vontade, autonomia e dignidade na terminalidade. **Revista Conversas em psicologia**, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2022.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **VII Jornada de Direito Civil** [28-29 de setembro de 2015, Brasília], Brasília : Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários, 109 p., 2015. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/vii-jornada-direito-civil-2015.pdf> Acesso em: 01 abr. 2025.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **V Jornada de Direito Civil**. Organização: Ministro Ruy Rosado de Aguiar Jr. – Brasília : CJF, 388 p., 2012. ISBN 978-85-85572-95-2 Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/cjf/corregedoria-da-justica-federal/centro-de-estudos-judiciarios-1/publicacoes-1/jornadas-cej/vjornadadireitocivil2012.pdf> Acesso em 01 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805, de 8 de dezembro de 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232, de 16 de setembro de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 113-114. 16 set. 2019 Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232> Acesso em: 1 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.217/2018. **Aprova o Código de Ética Médica**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=368893>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde**, Brasília, 21p., 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/06/todos-os-enunciados-consolidados-jornada-saude.pdf> Acesso em: 01 abr. 2025.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de bioética y derecho**, n. 28, p. 61-71, 2013.

DADALTO, Luciana. História do testamento vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. **Rev Mirabilia Medicine**, v. 4, p. 23-42, 2015.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista bioética**, v. 21, p. 463-476, 2013.

DALL'ALGNOL, Darlei. **Bioética: Princípios morais e aplicações**. 2 ed. rev. e ampl. Curitiba: Pucpress. 2022.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. ISBN 9788547215774.

GODINHO, Adriano Marteleto. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 945-978, 2012.

HOSS, Geni Maria. Fritz Jahr e o imperativo bioético: debate sobre o início da bioética na Alemanha e sua importância em nível internacional. **Bioethikos**, v. 7, n. 1, p. 84-6, 2013.

JAHR, Fritz. Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre. **Mittelschule**, v. 40, n. 45, p. 604-605, 1926.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista bioética**, v. 22, p. 94-104, 2014.

KUTNER, Luis. Due process of euthanasia: the living will, a proposal. **Ind. LJ**, v. 44, pp. 539-554, 1969.

LEITE, George Salomão. Bioética Constitucional. *In: Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2018. p 8-14. E-book. p.10. ISBN 9788584933549. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788584933549/>. Acesso em: 17 out. 2024.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional**. 25. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. ISBN 9786555594928

LIMA, et al. Diretivas antecipadas da vontade: autonomia do paciente e segurança profissional. **Rev. Bioét.** vol. 30 n.4 Brasília Out./Dez. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/vbTsfySg6RQndMwrgNrVdhz/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 15 març. 2025.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. 157 p. ISBN 978-85-7983-660-2.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4. ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2020. 478 p.. ISBN 978-6556270258.

MASSON, Nathalia. **Manual de direito constitucional**. 8. ed. rev. ampl. e atual. Salvador. JusPODVM, 2020. 1792p. ISBN 9788544232750.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023. 1784 p. ISBN 978-6553625204.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 40. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2024. E-book. p.17. ISBN 9786559776375. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559776375/>. Acesso em: 16 out. 2024.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. **The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research**. 1979. Disponível em: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf Acesso em: 27 fev. 2025.

NUNES, Cássia Regina Rodrigues; NUNES, Amauri Porto. Bioética. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 615-616, 2004.

OLIVEIRA, Carlos E. Elias de. **Diretiva Antecipada de Vontade Lato Sensu: Que deve acontecer com a vida, o corpo e o patrimônio no caso de perda de lucidez ou de morte?** Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, 2023. Disponível em: <https://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/649971> . Acesso em: 24 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf> Acesso em: 01 mar. 2025

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados paliativos**. 5 ago. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 mar. 2025.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, 2009.

ROTHENBURG, Walter Claudius. Direito à vida e direito à integridade. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, DF, v. 60, n. 237, p. 197-215, jan./mar. 2023. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/60/237/ril_v60_n237_p197 Acesso em: 15 mar. 2025.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. 4 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2018. 472p. ISBN 9788538405153.

SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL. Sentença nº _____/2010 (TIPO “A”). Processo nº 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1 de dezembro de 2010. Relator: Roberto Luis Luchi Demo, Juiz Federal Substituto da 14ª Vara/DF. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/se/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf> Acesso em: 20 mar. 2025.

TEOLI, Dac; GHASSEMZADEH, Sassan. **Lei de Autodeterminação do Paciente**. [Atualizado em 28 de agosto de 2023]. *In*: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, jan. 2025. Disponível em: Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK538297/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc Acesso em: 25 mar. 2025.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf Acesso em: 6 mar. 2025.