

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

BIANCA KROMBAUER ANTUNES

**A AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO À MORTE DIGNA: Análise da viabilidade
jurídica da prática de eutanásia por portadores de doenças crônicas**

**São Borja/RS
2025**

BIANCA KROMBAUER ANTUNES

AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO À MORTE DIGNA: Análise da viabilidade jurídica da prática de eutanásia por portadores de doenças crônicas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Aneline dos Santos Ziemann Lucio

**São Borja/RS
2025**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

A636a Antunes, Bianca Krombauer
A AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO À MORTE DIGNA: Análise da viabilidade jurídica da prática de eutanásia por portadores de doenças crônicas / Bianca Krombauer
Antunes. – 2025.
78 p. : il.

Orientador (a): Aneline dos Santos Ziemann Lucio
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pampa, Direito, 2025.

1. Eutanásia. 2. Autonomia Individual. 3. Direito à vida. 4. Casos judiciais. 5. Doença crônica. I. Título.

BIANCA KROMBAUER ANTUNES

A AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO À MORTE DIGNA: Análise da viabilidade jurídica da prática de eutanásia por portadores de doenças crônicas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 02 de julho de 2025.

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente



ANELINE DOS SANTOS ZIEMANN LUCIO
Data: 11/07/2025 17:07:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Aneline dos Santos Ziemann Lucio

Orientadora

UNIPAMPA

Documento assinado digitalmente



ALINE FAGUNDES DOS SANTOS
Data: 11/07/2025 16:47:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Aline Fagundes dos Santos

UNIPAMPA

Documento assinado digitalmente



ALINE ADAMS
Data: 11/07/2025 15:02:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Aline Adams

IFFAR/SB

Dedico este trabalho à minha mãe, pois reconheço toda luta e esforço em sua vida para que eu pudesse desfrutar da benesse de erguer um diploma acadêmico.

AGRADECIMENTO

De maneira clichê, mas jamais deixando de ser um agradecimento importante, agradeço a Deus acima de tudo. Agradeço por ter me capacitado para chegar até aqui e por nunca me desamparar, por me dar ainda mais forças em cada uma das vezes que pensei em desistir.

À minha orientadora Prof^a. Dra. Aneline por todos os dias me conceder todo respaldo e compartilhar todo o conhecimento incrível que tens e, por me ajudar a fazer acontecer todo esse trabalho. Toda orientação que me deu foi essencial e única.

Às duas pessoas mais importantes em toda minha vida: minha mãe Eliete e minha irmã Heloísa. Heloísa, você é a razão da minha vida e a minha motivação diária, sem você eu não suportaria passar por toda essa tempestade, você é minha calma em meio ao temporal, minha luz no fim do túnel e a minha força que me faz levantar toda vez que algo me faz cair. Mãe, acredito fielmente que nenhuma palavra será capaz de expressar toda minha gratidão e o tanto de amor que sinto por ti. Obrigada por ter sido mãe e melhor amiga em toda minha vida, por me passar força quando senti fraqueza, por abdicar de “luxos” e lazer para poder me dar de comer e beber, por dar soluções aos meus problemas, por deixar de viver a tua história pra viver a minha, por nunca deixar faltar o pão na mesa, por nunca medir esforços pra me ver feliz, por me ensinar a enxergar o lado bom do mundo e o lado ruim também. Obrigada por tirar uma peça de roupa de você para poder dar pra mim, por nunca reclamar de ter que me buscar e levar nos lugares, por vibrar comigo a cada conquista e por ficar feliz quando eu fiquei feliz e chorar comigo quando eu chorei, por plantar a árvore no sol para que eu pudesse saborear a sombra. Tenha certeza que nunca esquecerei disso tudo e lutarei por toda minha vida, se preciso for, para te recompensar e você conseguir sentir o frescor da sombra também.

Agradeço ao meu pai, Paulo Roberto (in memoriam), pois desde o primeiro minuto que decidi cursar Direito, ainda na primeira infância, foi a primeira pessoa a me oferecer palavras de incentivo e apoio. Agradeço por nunca, mesmo após partir, deixar eu me sentir só e incapaz. Sou grata por todos os ensinamentos que me deste durante sua jornada neste plano e pelas lições que jamais esquecerei, com certeza as carregarei em meu coração até o meu último dia de vida. Em minha

memória e em meu coração, jamais será esquecido. Dedico esse trabalho a ti, você foi peça fundamental para que eu chegasse até aqui.

Ao meu namorado Lucas, por me amar, respeitar, incentivar e estar ao meu lado durante esses longos anos. Por todas as vezes que me buscou e levou para que eu pudesse pegar carona para voltar a abençoada São Borja, por não me deixar desistir no meio do caminho, por escolher permanecer em minha vida quando mudei de cidade, por estar sempre presente e por tantas outras coisas que poderia passar um dia todo escrevendo. Obrigada por me fazer feliz.

Agradeço ao meu tio Luciano e ao meu dindo Maurício, vocês não fazem ideia do quanto são importantes em minha vida e o quanto eu agradeço todos os dias por ter vocês como dois pais, que souberam exatamente como suprir a falta da figura paterna em minha vida. Obrigado por tanto amor e carinho desde o meu primeiro dia de vida. Devo muito a vocês.

De maneira especial, agradeço meus avós, Noraides e Luiz, por todo amor, apoio e carinho que sempre me dedicaram e por todas às vezes que me mandaram comida, isso era maravilhoso.

À minha dinda Cristiana (in memoriam), que em todas as vezes que a visitava deixava muito claro que sempre estaria torcendo por mim e que em qualquer momento, se eu desistisse, estaria com o seu abraço aconchegante pronto para me acalantar. Você sempre esbravejou o teu amor por mim aos quatro cantos do mundo, obrigada por me tratar como se sua filha fosse. Mesmo após partir, me deu forças para seguir. Agradeço também à minha dinda Andrea por sempre me rodear de apoio, carinho e força e por acreditar junto comigo que tudo seria possível, desde o primeiro momento. Por sempre me aconselhar e ouvir quando precisei.

Agradeço as minhas amigas de faculdade Carine, Mariana, Thalia e Thaís por suportarmos todos os processos juntas nessa caminhada, tornando-os mais leves e divertidos. Espero que nossa amizade não acabe com a faculdade, levarei todas comigo em meu coração. Cada uma tem um lugar especial em minha caminhada.

Também agradeço minhas primas Isadora e Thayná por durante 5 anos não me cobrar ou cobrar um valor menor das manutenções de cílios e unhas, vocês fizeram eu economizar muito kkkkk. E claro, por todo esse tempo não largarem a minha mão e se manterem entrelaçadas comigo, me aconselhando, apoiando, ouvindo e aproveitando os bons momentos que nos foram oportunizados.

Agradeço a toda minha família, pois sempre acreditaram que esse sonho se realizaria e por nunca medirem esforços para me ver bem durante todo esse tempo, mesmo que longe dos meus.

Do mesmo modo, sou grata pelos meus amigos, que não são muitos, mas são valiosos, sempre estiveram ao meu lado dando todo suporte necessário para que pudesse chegar até o final.

“Por mais temida que seja, a morte não pode ser um mal”.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

É proposta, com a presente monografia, uma análise cuidadosa sobre a morte digna, com foco principal na autonomia do paciente portador de doença crônica diante do ordenamento jurídico brasileiro, especialmente no contexto da eutanásia. Busca-se através desta pesquisa uma reflexão concernente ao certame entre autonomia individual para opinar sobre o próprio fim e o dever estatal e médico de preservar o maior bem tutelado da Constituição Federal, a vida. A problemática desta monografia, configura-se como: em se tratando da discussão sobre a possibilidade da prática de eutanásia no Brasil, o que deve prevalecer - a autonomia do paciente portador de doença crônica ou o dever de preservar a vida? Na tentativa de responder a tal indagação, o estudo analisa perspectivas bioéticas - e seus princípios, jurídicas e sociais da eutanásia, considerando a insuficiência da legislação brasileira quanto à efetivação das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV's). Através do método dedutivo, monográfico e bibliográfico, a monografia examina as bases constitucionais e legais da dignidade da pessoa humana, da autonomia privada e do direito à vida. Além disso, busca analisar casos judiciais e o impacto das doenças crônicas na vida dos pacientes. A apresentação do relato de experiência de Carolina Arruda, portadora de Neuralgia do Trigêmeo, ilustra, de maneira concreta, os dilemas enfrentados por pacientes crônicos. Conclui-se que, esta monografia destaca a necessidade premente de que o sistema legal brasileiro reconheça a importância da liberdade de escolha do paciente com doença crônica, principalmente quando este enfrenta dor intensa e sem cura. Ao demonstrar que a dignidade da pessoa humana e a liberdade de autodeterminação devem efetivamente ser respeitadas, o trabalho reforça a necessidade de revisão legislativa e ética quanto a prática da eutanásia, com vistas à construção de um sistema mais humanizado, sensível e comprometido com os direitos fundamentais, inclusive nos momentos finais de vida.

Palavras-Chave: Eutanásia. Direito à vida. Autonomia Individual. Casos judiciais. Doença crônica.

ABSTRACT

This monograph proposes a careful analysis of dignified death, focusing primarily on the autonomy of patients with chronic illnesses within the Brazilian legal system, especially in the context of euthanasia. This research seeks to reflect on the balance between individual autonomy to express an opinion about one's own end and the state and medical duty to preserve the greatest asset protected by the Federal Constitution: life. The problem of this monograph is as follows: when discussing the possibility of euthanasia in Brazil, which should prevail—the autonomy of patients with chronic illnesses or the duty to preserve life? In an attempt to answer this question, the study analyzes bioethical perspectives—and their legal and social principles—of euthanasia, considering the inadequacy of Brazilian legislation regarding the implementation of Advance Directives (ADs). Using deductive, monographic, and bibliographic methods, the monograph examines the constitutional and legal bases of human dignity, private autonomy, and the right to life. Furthermore, it seeks to analyze court cases and the impact of chronic illnesses on patients' lives. The presentation of the experience report of Carolina Arruda, a sufferer of Trigeminal Neuralgia, concretely illustrates the dilemmas faced by chronic patients. In conclusion, this monograph highlights the pressing need for the Brazilian legal system to recognize the importance of freedom of choice for patients with chronic illnesses, especially when they face intense and incurable pain. By demonstrating that human dignity and the freedom of self-determination must be effectively respected, the work reinforces the need for legislative and ethical review regarding the practice of euthanasia, aiming to build a more humane, sensitive system that is committed to fundamental rights, including in the final moments of life.

Keywords: Euthanasia. Right to life. Individual Autonomy. Court cases. Chronic Illness.

LISTA DE ABREVIATURAS

CC - Código Civil

CEM - Código de Ética Médica

CF - Constituição Federal

CFM- Conselho Federal de Medicina

CP - Código Penal

CPC - Código de Processo Civil

DANTs - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAV's - Diretrizes Antecipadas de Vontade

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PLS - Projeto de Lei do Senado

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 EUTANÁSIA: CONCEITOS E ESPÉCIES.....	16
2.1 Definição de eutanásia.....	17
2.2 Distinções e Métodos.....	23
2.3 O debate bioético, religioso e moral acerca da prática.....	25
3 O DIREITO À VIDA E A AUTONOMIA INDIVIDUAL	31
3.1 O início e o término da vida para o Direito brasileiro.....	32
3.2 A autonomia privada e sua relação com o princípio da dignidade da pessoa humana.....	46
3.3 A autonomia e as decisões sobre vida e morte: o que diz o Direito?	51
4 ANÁLISE DE CASOS SELECIONADOS	57
4.1 Doença crônica: definição e características	58
4.2 Caso selecionado e sua relação com a ética médica.....	60
4.3 Relato de experiência “Carolina Arruda”	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia abordará sobre o tema da morte digna, permitindo um maior aprofundamento na questão da autonomia individual e respeito à vontade do paciente neste cenário e, trazendo um olhar mais detalhado nas questões éticas e jurídicas que permeiam a autonomia na eutanásia.

De maneira específica, optou-se pelo estudo da autonomia do portador de doença crônica na prática da eutanásia. Questiona-se se há uma pacificação sobre a discussão de questões que abrangem, por exemplo, o poder do indivíduo em escolher sobre sua própria vida, a tomada de decisão livre e consciente, dentre outros aspectos. Tal questionamento ainda continua sendo importante e necessário até mesmo para quem sabe, em um momento próximo, o Estado passe a ter um olhar diferente do atual, no qual se configura a vedação da prática da eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro, conforme será desenvolvido e demonstrado neste trabalho.

Deste modo, o trabalho tem como questão-problema: em se tratando da discussão sobre a possibilidade da prática de eutanásia no Brasil, o que deve prevalecer: a autonomia do paciente portador de doença crônica ou o dever de preservação da vida?

Atinente à temática apresentada neste trabalho, as hipóteses são: 1) deve prevalecer a autonomia do paciente portador de doença crônica, expressa através de Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV's), sobre o dever de preservar a vida, contanto que a decisão e escolha de morrer seja definida de maneira livre, consciente e informada, e não venha a causar danos a terceiros e, juntamente, contribua para a humanização do processo de morrer; 2) o ordenamento jurídico brasileiro, no que concerne às diretrizes antecipadas de vontade, ainda apresenta-se insuficiente para a efetivação da autonomia do paciente; 3) o dever de preservar a vida deve prevalecer sobre a autonomia do paciente em casos de doença crônica, vez que a priorização desta pode ocasionar em uma decisão precipitada e irreversível, principalmente quando tal gera a interrupção de tratamentos que acarretam à morte;

Com a referida pesquisa, busca-se, como objetivo geral, analisar a autonomia do paciente portador de doença crônica e os princípios éticos e a legislação que fundamentam o dever de preservar a vida. Ainda assim, esta pesquisa tratará

conjuntamente os objetivos específicos que serão desenvolvidos ao longo deste trabalho, sendo eles: 1) apresentar os conceitos de autonomia, doença crônica e eutanásia perante a perspectiva bioética e jurídica; 2) identificar os princípios éticos que fundamentam a autonomia do paciente; 3) apontar o que expõe a Constituição Federal, Código Civil, Código de Ética Médica, Código Penal e a Declaração Universal dos Direitos Humanos acerca da autonomia do paciente e do dever de preservar a vida; 4) selecionar um caso real, bastante discutido pela sociedade como um todo e que elucide o conflito entre a autonomia do paciente e o dever de preservar a vida e analisá-lo à sombra da perspectiva ética, jurídica e biomédica, identificando os dilemas centrais; e, por fim, analisar as diretrizes antecipadas de vontade como instrumento de proteção da autonomia do paciente com doença crônica.

A seleção do tema em pauta suscitou-se pelo desejo de encontrar uma ponderação entre o âmbito jurídico e pessoal do paciente, na tomada de decisão livre e consciente, na busca do equilíbrio entre o respeito sobre a vontade do paciente e a proteção da vida. Além disso, surgiu o imenso interesse no aprofundamento acerca da temática. Esta consideração torna-se ainda mais importante pelo fato de a sociedade, especialmente nos dias que correm, ser repleta de valores e crenças divergentes em temáticas intrincadas, como é o caso da eutanásia.

A análise das implicações éticas também será abordada no decorrer da pesquisa, tendo em vista o grande conflito entre a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, qualidade de vida, legislação e o direito de escolha.

No ano de 2021 ocorreu a Semana das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, uma ação desenvolvida pelo Governo Federal e, de acordo com o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Arnaldo Medeiros, “as DCNTs matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo” (Ministério da Saúde, 2021).

Haja vista os vultosos números de casos de pessoas que possuem doença crônica, cuja declarada como incurável ou irreversível¹, e o sofrimento dos pacientes

¹ No Brasil, mais da metade do total de mortes nacional anual são em detrimento das doenças crônicas. Conforme os dados expostos no site do Ministério da Saúde, no ano de 2019 mais de 730 mil óbitos ocorreram em razão de DCNT. Dos últimos seis anos, não foram encontrados dados concretos e oficiais.

portadores destas, a prática da eutanásia, não de forma generalizada, passa a ser uma opção para certos pacientes, como uma forma de alívio de todo o processo doloroso já enfrentado por meio de medicamentos e tratamentos, desde a descoberta da doença até a escolha da morte digna.

A pesquisa ocorrerá no contexto brasileiro e, também, trará um relato de experiência de uma portadora da doença crônica chamada Neuralgia do Trigêmeo, mais conhecida por ser a “pior/maior dor do mundo”.

A investigação mais detalhada desta pesquisa será realizada por intermédio de artigos científicos, livros, redes sociais e legislação. A pesquisa compreenderá aspectos veementemente debatidos sobre o assunto supramencionado, contribuindo de forma conveniente e apropriada, para um maior entendimento, compreensão e novos pensamentos acerca do tema. É importante destacar ainda que, os resultados que aqui serão apresentados possibilitarão uma pesquisa mais detalhada aos que se interessarem futuramente pelo tema abordado.

Para chegar aos resultados apresentados referentes a problemática desenvolvida durante esta pesquisa, será utilizado o método de abordagem dedutivo, uma vez que este propõe o sair de uma generalização, a eutanásia, e chegar-se a uma questão particularizada, a autonomia do paciente portador de doença crônica. O método de procedimento que se definiu foi o monográfico, visto que é preciso uma análise profunda e reflexiva sobre o tema específico da eutanásia e da autonomia do paciente portador de doença crônica.

Tal pesquisa carrega um caráter bibliográfico, pois será tratada a partir de uma análise de livros, artigos, revistas, conceitos, legislação, doutrina e jurisprudência que já foram publicados com estudos acerca do tema escolhido.

2 EUTANÁSIA: CONCEITOS E ESPÉCIES

O tema da eutanásia pode ser estudado em diversas áreas do conhecimento, como por exemplo, na Sociologia, na Saúde, na Psicologia, no Direito, dentre outras áreas, tornando-se complexo e delicado, já que, de forma diversificada, engloba nuances, individualidades, limites e dessemelhantes pontos de vista sociais. Ainda

que a morte traga ao pensamento uma representação trágica e triste do encerramento da vida, aos pacientes com doenças crônicas ainda se faz possível a viabilidade do direito a uma morte digna, diante de tanto sofrimento e martírio que não rogaram à se ter.

Na época da Grécia Antiga já havia posicionamentos sobre o grandioso tema da eutanásia - grandioso no quesito polêmica, que percorriam pela sociedade. Ainda, está longe de haver uma cessação sobre o assunto. Entretanto, é indispensável citar duas correntes contrárias daquele tempo, defendidas por filósofos e pensadores, como Francis Bacon, Platão, Sócrates, Epicuro, Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates. A primeira corrente, defendida pelos quatro primeiros filósofos mencionados acima, trazia o pensamento de que a eutanásia era justificável quando fosse resultado do sofrimento de uma enfermidade incurável e dolorosa e que tal prática deveria ser vista como positiva diante da sociedade. A segunda, liderada por Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, e diferentemente daquela, expressava o enorme repúdio a eutanásia e ao suicídio assistido, afirmando que se tratava de uma violação da autonomia do indivíduo e uma prática vista de forma negativa pelos deuses. Não diferente do tempo passado, esses dois posicionamentos ainda perduram diante do corpo social atual, igualmente a valorização da vida, o alívio do sofrimento e a autonomia individual (Zamataro, 2013).

Podemos observar que a autonomia individual é uma pauta bastante defendida na sociedade contemporânea, vez que as gerações mais novas prezam e pregam cada vez mais a ideia de que o ser humano deve sempre ter o direito de decidir sobre sua própria vida e seu próprio corpo, não abrindo mão de sua liberdade. De todo modo, o lado que nos interessa entre esses filósofos e pensadores é o que protege a ação da antecipação do fim da vida.

2.1 Definição de eutanásia

A eutanásia se constrói em uma temática complexa, vez que permeia a morte e essa, ainda, se faz espaçosa de inúmeros tabus em nossa sociedade moderna. É importante lembrar que neste trabalho e, principalmente, nesse capítulo, a palavra eutanásia aparecerá de modos semelhantes, mas apresentada por sujeitos diferentes. No primeiro momento, será trazido a definição de eutanásia, definição, pois é a representação do que a palavra realmente significa, do seu verdadeiro

sentido de forma objetiva e precisa. Posteriormente, alguns conceitos serão apresentados para explicar uma melhor compreensão acerca do tema.

Conforme o Dicionário Online de Português (2025), a palavra eutanásia se desmembra em duas definições, da medicina e a jurídica. Pelo olhar da medicina a eutanásia se configura como uma “ação de provocar morte (indolor) a um paciente atingido por uma doença sem cura que causa sofrimento e/ou dor insuportáveis”. Para a área jurídica significa “direito de causar a morte em alguém ou de morrer por esse propósito”.

Para melhor compreensão do termo “eutanásia”, é indispensável destacar o filósofo Francis Bacon, que em sua obra “*Historia vitae et mortis*” publicada no ano de 1623, criou o significado etimológico deste termo. Assim, a palavra “eutanásia” vem do grego e o prefixo “eu” significa boa ou bom e “*thanatos*” significa morte, ou seja, o termo em questão é sinônimo de “boa morte”. Ainda, na mesma obra supramencionada, Bacon demonstra a sua aceitação em prol da prática aos enfermos que sofriam com doença incurável e alegava: “a meu ver eles (médicos) deveriam possuir a habilidade necessária a dulcificar com suas mãos os sofrimentos e a agonia da morte.” (Bacon, 1623 apud Campus; Medeiros, 2011)

O conceito de eutanásia também é trazido por Chaves (1986, pg.65), que denomina a eutanásia como sendo uma prática que “se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente, reconhecidamente incurável, angustiado por um mal atroz”.

A partir do exposto, chega-se a conclusão que, o termo eutanásia pode ser definido como uma prática de terminalidade antecipada da vida, cujo indivíduo necessita ser diagnosticado com uma doença ou situação considerada incurável, irreversível ou terminal e, tem o objetivo de cessar o sofrimento humano em razão desta, por isso, tal prática deverá e será realizada por meio de um médico especialista e a pedido voluntário do paciente portador da doença.

Na visão de Tereza Rodrigues Vieira (2003, p. 86), a eutanásia vai além de apenas conceder uma morte doce ao ser humano, envolve conjuntamente a tranquilidade aos meios utilizados para que se complete a prática. Veja:

A eutanásia, ou a morte doce, ou a morte tranquila, ou a morte misericordiosa, como preferem outros, implica também os meios de provocá-la, dando imediata a todos os que padecem de uma doença incurável e preferem esse tipo de morte a prolongar seu tormento por longos períodos de sofrimento, antes que uma morte dolorosa se aproxime.

A dúvida que paira nas entrelinhas da eutanásia é o peso do que se vale mais entre tantos posicionamentos, políticas públicas e direitos que essa pauta carrega consigo, a doçura e tranquilidade da boa morte, onde sobressai a vontade e autonomia do indivíduo que não possui mais dignidade de se continuar a viver, ou o bloqueio (receio/crendice) social que fecha os olhos de toda uma comunidade não permitindo-a enxergar o lado de quem realmente necessita lutar por tal causa e não vê mais chances de tolerar tamanho sofrimento que a acerca?

Assim, observa Luís Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel (2010, p. 75-76):

[...] não se está aqui diante de uma situação banal, temporária ou reversível, na qual um indivíduo decide morrer e outros se omitem em evitar ou prestam-lhe auxílio. Justamente ao contrário, trata-se de pessoas que, em condições nada ordinárias, reclamam a possibilidade de renunciar a intervenções médicas de prolongamento da vida. Ou, em outros casos, de optar pela abreviação direta da vida, por ato próprio ou a lei, por estarem acometidos de doenças terminais extremamente dolorosas ou por enfermidades degenerativas que conduzem à perda paulatina da independência. Nessas situações extremas, aparece em outros direitos e interesses que competem com o direito à vida, entendendo que ele se transforma em um insuportável dever à vida. Se, em uma infinidade de situações, a dignidade é o fundamento da valorização da vida, na morte com intervenção as motivações se invertem.

Apesar de incontáveis avanços de recursos tecnológicos e hospitalares, todas as opções e possibilidades devem ser medidas de forma minuciosa e lembrar-se que o que está sendo “julgado” chama-se qualidade de vida, cuja requer cuidados extensos e extremos para que tal aumente em um mínimo grau que seja ou esmoreça de vez.

A eutanásia traz consigo um conceito tênue e que diversas vezes é confundida com alguma das outras modalidades que caminham lado a lado. É necessária a distinção entre as que aqui serão citadas, pois cada uma possui sua particularidade em razão de consequências jurídicas que podem vir a ocorrer e, como cada uma tem uma índole divergente e complexa dependendo da forma que é realizada, de maneira que a interpretação correta dos conceitos não deixe acarretar em um falso achismo de que se trata de determinada situação, quando, em verdade, trata-se de outra muito diversa. Em detalhadas palavras, é possível trazer os respectivos conceitos de cada modalidade e suas individualidades, objetivando um bom e importante conhecimento de cada categoria mencionada.

A eutanásia, como compreendemos, é o ato de abreviação da vida humana, que se encontra acometida por doença incurável e sujeita de dor e sofrimento insuportável e, portanto, o paciente deseja voluntariamente a ação de morte, morte digna, onde esta é ocasionada por um profissional de saúde. Lembre-se de que esta modalidade é vedada no ordenamento jurídico brasileiro. Conforme será tratado posteriormente, em capítulo único que dissertará sobre a legislação brasileira em detrimento da eutanásia, essa prática é proibida atualmente, mesmo que não haja previsão expressa ditando a eutanásia como tipo penal autônomo, porém essa tem equivalência, atualmente, ao crime de homicídio privilegiado, situado no art. 121, § 1º do Código Penal vigente.

A eutanásia aqui abordada, em hipótese alguma poderá ser cometida contrária a vontade do paciente, ainda que presumida. A autonomia da vontade do paciente tem total atenção e torna essencial o aval desta.

Este conceito não deve ser confundido com o chamado homicídio piedoso ou homicídio a pedido, pois neste é requisito apenas a manifestação de vontade, sem que o sujeito passivo seja acometido por qualquer mal ou doença para poder requerer a prática. Desta maneira, a qualidade de vida é uma questão primordial a ser investigada e cuidada no caso concreto (Starling, 2021).

Na visão de Sá e Naves (2009), a eutanásia pode ser subdividida ainda em duas categorias: eutanásia ativa e passiva. A eutanásia ativa ou positiva trata-se da eutanásia propriamente dita, se caracteriza pela ação de abreviar a vida em razão de dor e sofrimento do enfermo, tendo o sofrer e o processo doloroso que está enfrentando como particularidade. Por outro lado, a eutanásia passiva ou negativa ocorre a omissão de tratamentos médicos que teriam a função de prolongamento da vida do enfermo.

Para Tereza Rodrigues Vieira (2003, pg. 90), “a eutanásia pode ser qualificada de voluntária ou involuntária, direta ou indireta, positiva ou negativa, etc.”

Entretanto, Luís Roberto Barroso (2010, p. 335) assevera:

[...] Do conceito estão excluídas a assim chamada eutanásia passiva, eis que ocasionada por omissão, bem como a indireta, ocasionada por ação desprovida da intenção de provocar a morte. Não se confunde, tampouco, com o homicídio piedoso, conceito mais amplo que contém o de eutanásia. De acordo com o consentimento ou não daquele que padece, a eutanásia pode ser voluntária, não voluntária e involuntária.

Nas palavras de Maria Helena Diniz (2006, p. 323), em sua obra “O Estado Atual do Biodireito”, essa comenta sobre a eutanásia ativa:

(...) a eutanásia ativa, também designada benemortásia ou sanicídio, que, no nosso entender, não passa de um homicídio, em que, por piedade, há a deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia (...).

A eutanásia ativa ocorrerá quando o sujeito ativo realiza alguma ação capaz e efetiva que cause a morte do sujeito passivo, já que a morte é um fato inevitável a qualquer tempo. De modo aclarado, Aranha (1998, pg.145) explica que “(...) a eutanásia ativa consiste em ‘fazer morrer’”. Isto é, por um meio físico, químico, biológico ou mecânico, provoca-se a morte do doente terminal.”

Quanto a eutanásia passiva, nesta, ocorre a extinção de sistemas terapêuticos, uma vez que a aplicação destes se torna ineficaz e conseqüentemente, apenas prolongará o sofrimento do enfermo, visto que o mal atroz que o acomete não é mais passível de cura alguma (Starling, 2021).

Nesta espécie o sujeito passivo apenas se abstém de praticar alguma ação positiva ou básica que retardaria o óbito do paciente, ou seja, a morte puramente aconteceria antes do que realmente seria pelo simples fato de haver a omissão terapêutica que poderia ser eficaz, prolongando por um tempo a vida enferma, mas que já não há mais cura. Como exemplo dessa espécie cita-se a omissão do próprio paciente para tratamentos médicos, por meio do desligamento de aparelhos de ventilação (Starling, 2021).

A avaliação da diferença entre a eutanásia ativa e passiva não deve se restringir ao aspecto físico da ação, como o ato de “puxar um plugue da tomada”. Embora essa ação configure um movimento positivo sob a perspectiva naturalística, seu significado social reside na interrupção de um tratamento que mantinha a vida, configurando, assim, uma omissão. Portanto, a distinção crucial entre eutanásia ativa e passiva reside na interpretação normativa do ato, que considera o significado social da ação em detrimento da mera análise física do movimento corporal. A interrupção de um tratamento vital, mesmo que realizada por meio de uma ação física, assume o caráter de omissão sob a perspectiva normativa, uma vez que o cerne da questão é a descontinuidade de uma medida adequada para preservar a vida (Starling, 2021).

Dando continuidade ao termo eutanásia, também podem ser expostas outras classificações, sendo a eutanásia de duplo efeito ou eutanásia indireta, a eutanásia voluntária, involuntária e não voluntária. No que tange a eutanásia de duplo efeito:

A expressão “eutanásia de duplo efeito” é empregada quando a intenção inicial do sujeito ativo não é matar o paciente, mas realizar a analgesia necessária, de acordo com o quadro clínico. No entanto, diante da necessidade de ministrar doses muito altas de analgésicos e sedativos, a morte ocorre em razão do efeito daqueles fármacos. Seria uma morte por via oblíqua, causada pela overdose de analgésicos.” (Starling, 2021, pg.108).

Nesta espécie a morte do paciente ocorre devido ao uso exagerado de medicamentos e sedativos, ou seja, uso de altas doses medicamentosas com o intuito de aliviar a dor da pessoa que se encontra em situação de enfermidade, utilizando-se, por exemplo, de morfina e seus derivados e, como consequência, por ser um uso agressivo e tóxico da medicação ao corpo, pode produzir um efeito letal à vida do paciente. Não se usa a finalidade de alcançar o fim da vida da pessoa, apenas de aliviar a sua dor. Todas as espécies da prática da eutanásia acima mencionadas são classificadas quanto ao tipo de ação (Starling, 2021).

As espécies de eutanásia voluntária, involuntária e não voluntária são apresentadas de acordo com o consentimento ou não do enfermo. A eutanásia voluntária é caracterizada por ser uma prática que deve ser solicitada expressamente e de forma informada pelo paciente ou por seu representante legal, quando for o caso de incapacidade do paciente. São encontrados posicionamentos contrários à sua prática, argumentando-se que devido a situação pela qual o enfermo é encontrado (de dor e sofrimento contínuos), sua capacidade de percepção e julgamento apresenta-se alterada (Starling, 2021).

A eutanásia involuntária é aquela onde não há o consentimento e/ou concordância do paciente ou quando sua discordância pudesse ser presumida para a prática e mesmo assim sua morte é provocada. Há apenas o pedido dos familiares ou por vontade do próprio médico que a autoriza. Por estes motivos, levanta-se à essa espécie um caráter criminoso, considerando que para ser considerada eutanásia requer-se o consentimento do paciente. A eutanásia não voluntária, por sua vez, é aquela que o paciente não há condições de exprimir sua vontade e nem quando não há como presumi-la. Portanto, quando é realizada sem saber qual é a vontade real do paciente (Starling, 2021).

Esse tópico mostra as espécies mais comuns de eutanásia discutidas por doutrinadores, tendo como base o tipo de ação e a forma de consentimento das espécies. Existem também espécies que se baseiam na classificação histórica: eutanásia teológica, estoica e assim por diante, entretanto, essas são voltadas mais a eugenia e baseiam-se em uma representação histórica e, por isso, não serão consideradas neste trabalho (Starling, 2021).

2.2 Distinções e Métodos

A eutanásia, passou de uma prática muito comum e sem muitos estudos e sentimentos ou emoções envolvidas, nos tempos mais antigos, a um ato minuciosamente pensado, com questões éticas, culturais, legais e médicas a serem debatidas e observadas para a realização ou não da eutanásia, na sociedade atual. Corriqueiramente, nas sociedades antigas, muitos povos adotavam a forma da eutanásia quando idosos eram velhos demais ou quando crianças portavam anomalias, o que dificultava os cuidados dos familiares e integrantes do mesmo ambiente para com os indivíduos acometidos pelo envelhecimento ou doenças, não sendo mais úteis à comunidade que habitavam (Campos; Medeiros, 2011).

Serve de exemplos para esses fatos a cidade de Atenas, centro da Grécia Antiga, e Esparta, no qual cometiam a prática, principalmente, quando os integrantes idosos não poderiam mais participar de caças para a contribuição alimentar de sua comunidade (Campos; Medeiros, 2011).

Sá e Naves (2009), entre outros autores, elencam, além da eutanásia, outras quatro modalidades para se ter conhecimento e não emaranhar os conceitos, as quais, apesar de muito semelhantes entre si e de englobarem o processo de terminalidade da vida, objetivam situações distintas, quais sejam: a distanásia, a ortotanásia, a mistanásia e o suicídio assistido.

Adentrando na modalidade da distanásia, Maria Helena Diniz (2001, pg. 316) caracteriza esta como “obstinação terapêutica ou futilidade médica, tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é a morte lenta e com muito sofrimento”. Portanto, a distanásia se configura na ação de utilizar todos os meios e procedimentos possíveis ao alcance médico, para obter um prolongamento excessivo e doloroso do processo de morte ao paciente, mesmo que não seja previsto melhora ou cura.

Já a ortotanásia, parte da conduta contrária da distanásia, onde não deve haver o prolongamento artificial do processo de morte, este ocorre de forma natural, sem uso de recursos desnecessários e extravagantes, apenas utilizando-se de métodos que diminuem a dor e o sofrimento, respeitando de forma coerente a dignidade do paciente. Para Guilherme Nucci (2002, pg. 370-371), a ortotanásia ocorrerá quando “deixa o médico de ministrar remédios que prolonguem artificialmente a vida da vítima (*sic*), portador de enfermidade incurável, em estado terminal e irremediável, já desenganada pela medicina”.

Na modalidade da mistanásia ocorre o esquecimento pelo Estado dos mais vulneráveis perante a sociedade e que necessitando de assistência pública não conseguem, por motivos de falta ou precariedade dos serviços de saúde pública disponíveis ou que acabam sendo vítimas de erro médico e má prática médica, ou seja, o indivíduo torna-se fadado a morte pela ausência ou omissão de infraestrutura da saúde pública por parte do Estado. Para Santoro (2011, pg. 127), a mistanásia “é a própria ausência do Estado, que tem o dever de respeitar e de promover a dignidade da pessoa humana”.

O suicídio assistido, diferentemente da eutanásia, requer a provocação da morte pelo próprio paciente com o auxílio de uma terceira pessoa, podendo ser uma figura médica ou não. O que diferencia tal prática da eutanásia é o ato final da morte, que é realizado pelo enfermo e não pela terceira pessoa, mesmo que esta obtenha conhecimento, métodos ou recursos passíveis da realização do ato de morte (Campos; Medeiros, 2011).

O expressivo debate que ocorre em torno dos métodos utilizados para a realização da eutanásia envolve principalmente as questões éticas, legais e filosóficas que transpassam o direito de morrer com dignidade. Os métodos empregados pelos países que consentem com a eutanásia são escolhidos e considerados por sua eficácia, rapidez de efeito, ausência de sofrimento e dor para o sujeito ativo e aceitabilidade social e profissional, enquanto como fundamentação é analisada a prática pelo argumento dos princípios bioéticos da autonomia do paciente, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Dierickx *et al.*, 2018).

Concernente aos métodos de realização da eutanásia, poucas informações foram encontradas durante a pesquisa para a monografia em questão, embora o intenso empenho em localizar informações verídicas e concretas.

Atualmente, a eutanásia pode ser realizada apenas em alguns países e com o auxílio de profissionais de saúde, de modo indolor e sereno, o que não é o caso do nosso país, já que a prática é proibida indiretamente pela legislação. Nos países em que a prática não é considerada proibida ou restrita, os métodos podem variar conforme a legislação vigente, as condições e qualidade de vida do paciente e os profissionais da saúde envolvidos em determinado caso. Embora possa existir alguns métodos, será apresentado os comumente debatidos e comuns na esfera médica e ética. Esses métodos devem cumprir as exigências de promover morte rápida, indolor e com o mínimo de sofrimento psicológico para o paciente e sua família (De Castro *et al.*, 2016)².

Na eutanásia propriamente dita, o ato é realizado através da ajuda de terceiros - médicos -, e são utilizados os métodos de injeção letal e a dose excessiva de medicamentos na pessoa (overdose oral de medicamento), como os barbitúricos que induzem ao coma e depois a morte rapidamente. No método de injeção letal ocorre a combinação de medicamentos intravenosos, como por exemplo anestésico (com a função de induzir a inconsciência), relaxante muscular (sua função é paralisar a respiração) e algum outro medicamento que acarreta na interrupção da função cardíaca humana, levando o paciente à morte (Dierickx *et al.*, 2018).

Agora, no Brasil os barbitúricos são usados para tratamento da ansiedade e agitação de pacientes – principalmente psiquiátricos, com o intuito de trazer sonolência ou relaxamento aos pacientes, dependendo da dose administrada. Também são utilizados como antiepilépticos, anestésicos e sedativos. A dosagem excessiva (acima de 200 miligramas ao dia) e aliados ao álcool e a anfetaminas gera um alto risco de morte (Araguaia, 2025).

2.3 O debate bioético, religioso e moral acerca da prática

A morte e o processo de morrer são teses discutidas desde o princípio da humanidade, apesar da morte ser uma façanha implacável e que não há como a deter, a menos que, claro, antecipe-a ou prolongue-a através da medicina e suas evoluções tecnológicas. Não há que se duvidar que em menos de vinte anos, diante

² Na pesquisa executada sobre os métodos para realização da eutanásia, encontrou-se apenas dois artigos (De Castro, *et al.*, 2016 e Dierickx *et al.*, 2018) abordando o assunto. Embora haja autores mencionados no texto, não foi possível o acesso às publicações destes, o que dificultou ainda mais a completa pesquisa.

do rápido avanço, a tecnologia apodere-se do mundo, substituindo totalmente o trabalho humano (como já vem sendo praticado de modo parcial atualmente) e, principalmente, oferecendo cada vez mais recursos para que se tenha uma morte tranquila e digna ou para que se dê melhor qualidade de vida aos que necessitam. Mas não uma mudança global a ponto de brincar de pique-esconde com a morte. Essa não há como trapacear.

Enfrentar a própria morte é um assunto obscuro para aqueles que não possuem percepção além da sua realidade, que olvidam o panorama dos pacientes que já não encontram mais possibilidades de manter uma vida minimamente agradável que contente a sua perspectiva de vida com base em sua cultura, costume, crença e moralidade. Perante a maior parte social que não aceita o tema da eutanásia, quem a defende é ignorado. “No processo de dessacralização da morte, o corpo passa a ser visto como objeto a ser tratado cientificamente”. (Pessini, 2004, p. 39).

O debate bioético e moral acerca da eutanásia vem se intensificando, acompanhando as transformações sociais e, por vezes, distorcendo negativamente a compreensão sobre o morrer. Enquanto na antiguidade a morte era encarada com maior naturalidade, o homem moderno tende a vê-la como algo alheio à sociedade, considerando o processo de vida-morte como estranho ou incômodo. Assim, a manifestação do desejo pela abreviação da própria existência, ainda que pautada na consciência da finitude da vida, soa como um insulto e desrespeito a quem gostaria de viver mais e, pelo ciclo da vida, não conta mais com essa possibilidade, tendo como única opção o sentar e aguardar pelo fim (Pessini, 2004).

Antes que a medicina moderna e os avanços tecnológicos transformassem a relação humana com a finitude, a vida e a morte andavam lado a lado, sendo consideradas como fatos naturais. Hoje em dia, infelizmente, as gerações contemporâneas vêm querendo fazer da morte uma ação evitável humanamente, como se ela fosse um ato vergonhoso a quem está prestes a passá-la e aos que rodeiam o enfermo. Também, a morte é vista como um ato falho da medicina, que não foi capaz de prolongar a vida do paciente além de sua expectativa de vida, diante de um processo árduo de estudos avançados durante os tempos, para oferecer essa possibilidade ao ser humano (Pessini, 2004).

É verdade, o vício do homem hodierno é carregar consigo a convicção de que tudo pode modificar e manipular através de suas mãos, inclusive evitar a morte a qualquer custo e em qualquer momento. Não se nega que para algumas questões, este tem o real poder de alterar coisas, entretanto, a morte propriamente dita não é uma delas.

No momento atual, o debate bioético sobre a eutanásia traz duas esferas em que se discute a prática do termo. De um lado, observa-se quem prioriza o princípio bioético da autonomia individual, no qual o direito de morrer (ou *morrer com dignidade*) é baseado e deve ser reconhecido a quem o pede. Quem defende esta opinião argumenta que quando a doença de determinado caso encontra-se em uma avançada e rápida evolução para a terminalidade da vida, sendo a morte um fato inevitável, não podendo mais realizar nenhum tipo de procedimento ou tomar qualquer outra providência para ser possível a salvação do paciente, é necessário sobrepor, do ponto de vista da moral, o alívio e a cessação do sofrimento. Essas pessoas querem garantir boas condições a si próprias no final de suas vidas. Alguns não desejam passar pela fase da degradação física e intelectual que estão destinados a ter em razão de sua doença (Pessini, 2004).

Por outro lado, há quem oferece maior relevância à sacralidade da vida. Quando o paciente é passível de ser salvo, a preservação da vida é a pauta defendida moralmente. Ocorre que:

Em nossa sociedade, a longevidade se transformou em riqueza, a vida em apital, e a morte em algo que demonstra que nada disso tem sentido. Por isso deve bani-la. Por isso se constrói a ideia de morte 'natural', que acaba por se identificar com o limite a partir do qual o organismo humano não resiste mais à aplicação de instrumentos, máquinas e drogas e passa a recusar qualquer tratamento adicional (Pessini, 2004, p. 46).

Para alguns a morte é apenas o fim de uma vida cheia de sofrimentos e angústias experimentadas e engolidas ao longo do tempo, já para outros, a morte é um compromisso divino, no qual acredita-se que todos têm a hora para partir e que apenas Deus - ou qualquer outra entidade espiritual que se acredita - tem o poder de decretar quando será esse momento. A morte deve ser natural (Pessini, 2004).

Para o Cristianismo, especialmente na vertente católica, Deus, figura soberana e divina, proíbe a eutanásia, de forma clara e entendida perante a Bíblia e seus mandamentos. Não respeitar a vida, presente divino de Deus, tem o mesmo significado de não ter coragem para enfrentar o fim dela de frente, passando pelo

que é necessário passar. A “sacralidade da vida” é o ato digno perante Deus, com o compromisso de manter a vida e não abrir mão dela, sendo o contrário considerado um ato de usurpação. A prática de eutanásia é entendida como uma oposição da fé no Senhor Jesus e uma violação da Lei Divina. O primeiro registro sobre o assunto da eutanásia é encontrado na Bíblia no Segundo Livro dos Reis, cap. I, parágrafos 9-10, e a prática é repugnada pelo rei Davi. Refere-se ao caso de quando um amalecita realiza a eutanásia em Saul, que implorava pelo ato. O amalecita foi condenado à pena de morte, em razão de abreviar a vida de Saul por compaixão (Pessini, 2004).

São publicadas pelo Vaticano, eventualmente, declarações que apresentam o entendimento oficial da igreja e orientações para os seguidores desta religião sobre os temas morais comumente debatidos, incluindo, principalmente, os que falam acerca da bioética. No ano de 1980, sob o pontificado do Papa João Paulo II, foi publicado a Declaração sobre a eutanásia, que embora cite o princípio da dignidade da pessoa humana, ainda condena veemente a prática, conforme é estabelecido no parágrafo de introdução:

Os direitos e valores inerentes à pessoa humana têm um lugar importante na problemática contemporânea. A este propósito, o II Concílio Ecumênico do Vaticano reafirmou solenemente a eminente dignidade da pessoa humana e muito particularmente o seu direito à vida. Por isso, denunciou os crimes contra a vida, como são toda a espécie de homicídio, o genocídio, o aborto, a eutanásia e o próprio suicídio voluntário. (Declaração do Vaticano sobre a Eutanásia, 1980)

Em linhas gerais, depreende-se através do exposto, que para a igreja católica o suicídio nivela-se ao homicídio, e a eutanásia contém o mesmo significado que o atual trabalho lhes menciona, considerando essa como sendo resultado de ação (eutanásia ativa) ou omissão (eutanásia passiva), com finalidade padrão de eliminar toda a dor. Porém, a prática é seguida de total reprovação.

Geralmente, as religiões monoteístas levam consigo até seus fiéis a doutrina de que somente Deus tem poder para interferir na vida humana quando se fala em aborto, homicídio, suicídio ou eutanásia. Do contrário, o ato é considerado uma afronta aos princípios e valores divinos que são adotados pela Igreja (Starling, 2021).

Não tão somente a Igreja Católica proíbe essa prática. O judaísmo considera a eutanásia como uma prática vedada, ao modo de que se cometida, será impugnado a quem auxiliou, o crime de homicídio. Entretanto, Kubler-Ross (1975)

observa que há tolerância quanto a ortotanásia. De acordo com Moureira e Sá (2015) a própria religião já esclareceu que reconhece a diferença entre prolongar a vida do enfermo e prolongar seu sofrimento, agonia e estar à espera da morte.

Do mesmo modo, sendo Alá a sua figura divina soberana, o islamismo possui o mesmo posicionamento, repugnando as práticas eutasiáticas, uma vez que tem o entendimento em seus livros e costumes de que a vida é um bem sagrado e tudo deve ser feito para protegê-la, permitindo a prática da ortotanásia (Starling, 2021).

No budismo, a vida é considerada preciosa, mas não um bem intocável, priorizando o bem-estar de si próprio, dos outros e a vontade do ser humano. Por isso, não adota tantas restrições à eutanásia e ao suicídio:

O budismo não vê a morte como o fim da vida, mas como uma transição. Acreditam no *karma* e no *renascimento*. Portanto, por não enxergar a morte como o fim da vida, a leitura que os budistas fazem do suicídio é que essa ação não se afigura como meio de “escape”. [...] Como se disse acima, o budismo não pune o suicídio, o que não é o caso de quem auxilia ou incentiva um suicida. Contudo, a situação de auxílio passa a ser moralmente aceitável no caso de “morte digna”, *songenshi*, quando a morte é iminente, e mais, se o motivo for a compaixão. (Moureira; Sá, 2015, p. 114)

Quanto ao hinduísmo, o povo acredita na independência e na convicção pessoal, o que em determinados casos, há a possibilidade de legitimar tal prática (Starling, 2021).

Mesmo passados quarenta anos após a publicação da Declaração do Vaticano sobre eutanásia, a prática continua sendo vista como um pecado pela Igreja Católica. Recentemente, no ano de 2020, foi realizada uma nova publicação, a carta “Bom Samaritano”, dessa vez publicada pela Congregação para a Doutrina da Fé do Vaticano, cuja carta explora o cuidado de pessoas em estágio terminal de vida, baseando-se na história do Bom Samaritano, apresentando uma breve comparação entre o cuidado do Bom Samaritano a um ferido com Jesus, o identificado como o “médico das almas e dos corpos” (Starling, 2021).

Além disso, o Papa Francisco expõe sua crítica às legislações que regulamentaram a eutanásia e o suicídio assistido, destacando a importância da vida humana durante o período mórbido, o sentimento do sofrimento e do período que antecede a morte, e ainda afirma que as duas práticas citadas anteriormente não são maneiras de respeitar a autonomia do paciente (Starling, 2021).

Em conformidade com o que consta no documento, surpreendentemente, ambas as práticas (eutanásia e auxílio ao suicídio) não são considerados meios de

honrar a decisão do paciente, ou seja, não são considerados meios de autonomia do paciente (Starling, 2021).

É questionada também a idealização de se utilizar da qualidade de vida como dimensão de vida digna, juntamente com a compaixão, esta vista como “suposta” na carta, que influencia aos que praticam ou fornecem auxílio no suicídio. No entendimento de algumas pessoas, a eutanásia não é justificável seja por qualquer razão. Outro método criticado pela carta é a distanásia, sendo relevada a suspensão de nutrição e hidratação apenas aos pacientes em situações que não terão mais qualquer tipo de vantagem com esses meios artificiais. A única modalidade que se consagra entre todas as já vistas é a eutanásia de duplo efeito, sendo aceita como uma maneira de alívio da dor, desde que a finalidade direta não seja causar a morte do enfermo (Starling, 2021).

A intenção deste trabalho jamais será apontar ofensas ou críticas às religiões e crenças que cercam o mundo todo, menos ainda destacar exaustivamente as variadas religiões, e sim apresentar, de forma adequada a questão constitucional, a perspectiva mundial das quatro principais religiões monoteístas acerca da eutanásia. Todos carregam o direito de crer e seguir aquilo que entendem por certo e nesta temática não seria diferente, se não apenas mostrar os argumentos diversificados que penetram as nuances da eutanásia.

Entretanto, não se pode aceitar que as crenças religiosas pesem tanto na legislação de maneira a esquecer o povo que não se identifica com qualquer que seja a religião ou que tenha um credo diferente daquele que está estampado na norma. Apesar da Constituição Federal (CF/88) trazer a liberdade de consciência e crença, será que essas não estão sendo respeitadas pela norma, vez que ela impõe consentir, mesmo que indiretamente, com aquilo que escrito ali está?

Desse modo, é defendido neste trabalho a autonomia do enfermo, tanto para demonstrar suas crenças quanto para escolher a melhor maneira que este deseje encerrar sua trajetória no mundo real, a partir do seu credo ou até mesmo sem um. O que se quer dizer é que se para o paciente a sua religião é de grande influência nas questões da vida e da morte, ele terá a liberdade de escolher o seu processo de morte diante do dogma da sua religião, ele estará expressando a sua personalidade em sua decisão. O mesmo acontece para o paciente que não possui religião alguma, mas acredita que a prática seria a melhor opção para cessar o sofrimento e

dor que consterna sua vida, ou para aquele que acredita que não é a melhor forma de escrever o seu final. Todos os lados terão opções, poderão escolher entre o sim e o não, o querer e o não querer, pedir pela prática ou não pedir, acabar com o sofrimento ou continuar a lutar com ele.

Esses pacientes terão liberdade de escolha, e não de acatar com uma decisão que não contempla o seu ideal e o seu entendimento sobre a vida, como ocorre atualmente com a legislação vigente em nosso país, que entra em conflito aparente com a laicidade do Estado. Ou seja, pessoas que não têm fé sobre qualquer crença que seja (conhecidos como céticos) não possuem cobertura legal perante o seu ponto de vista sobre essa ação. Mesmo que a eutanásia não seja defendida exclusivamente por esses, eles acabam predispostos a uma norma que, mesmo não tendo a intenção direta, corrói a liberdade de pensamento e convicção, envolvendo o direito de não aderir a nenhuma crença espiritual.

3 O DIREITO À VIDA E A AUTONOMIA INDIVIDUAL

O tema da eutanásia é objeto de inúmeras discussões em vários países e sempre envolve indagações que abrangem especialmente a vida, a morte, a dignidade e a autonomia do ser humano, a ética, o ordenamento jurídico e questões sociais. A extrema dificuldade de tratar sobre esse assunto, está fortemente ligada ao necessário equilíbrio entre o direito fundamental à vida, disposto em diversas constituições, o princípio da dignidade da pessoa humana, que exerce o papel de garantir a autonomia individual e o direito a uma morte digna, sem qualquer tipo de sofrimento e dor, também sendo tal princípio elevado à condição de fundamento da República, abrindo margem para discussões sobre a legitimidade de encurtar o sofrimento de pacientes em estado terminal por meio da eutanásia. A colisão existente entre os princípios e a legalização versus criminalização, exige cautelosa e equilibrada análise, considerando conjuntamente o princípio da proporcionalidade para que se faça possível encontrar soluções juridicamente harmoniosas.

Em nossa legislação pátria vigente, conforme será demonstrado, a eutanásia se configura como homicídio privilegiado - embora, em certos casos, com possibilidade de redução de pena-, ou seja, a prática em questão é vedada pelo ordenamento jurídico brasileiro, vez que a legislação é ancorada na inviolabilidade do direito à vida, também alicerce da CF. Apesar de em nosso país a eutanásia ser

tratada como uma conduta ilícita, diversos outros países, como a Holanda, Bélgica e Colômbia, contrastam o entendimento, configurando-a como legal, seguindo critérios legais rigorosos e estruturados que possuem a finalidade de conciliar o respeito à vida com a autonomia do paciente.

Dessa maneira, ao trazer essas legislações comparadas, busca-se neste capítulo examinar a maneira que o Estado e os demais países tratam a eutanásia e, a reflexão sobre uma possível revisão futura legislativa brasileira, respeitando a autonomia do paciente em questão sem esquecer das garantias éticas e legais.

3.1 O início e o término da vida para o Direito brasileiro

Assim como o ato do nascimento é um fato na vida humana, o ato de morrer faz parte dela, quer queiramos quer não. O nascimento é um ato que não se pode ter controle sobre, é um ato do qual não se pode escolher (uma pessoa não tem a possibilidade de escolher se deseja ou não vir ao mundo). A morte, por sua vez, é uma parte que integra a vida, apenas a complementa, pois é outro fato que, mais cedo ou mais tarde, se concretizará, visto que não há como se falar em vida eterna perante nossa atualidade científica. Como é dito entre os cidadãos comuns: “a morte é a única certeza que temos nessa vida”.

Na ordem privada, mais precisamente no Código Civil, nos artigos 1º e 2º são estabelecidos os direitos e deveres e a personalidade civil do ser humano (Brasil, 2002).

Como dispositivo inaugural do Código Civil, observamos o art. 1º tendo como texto legal que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Esse artigo cuida da pessoa natural como sujeito de direito. Além disso, também trata da capacidade de direito ou de gozo, isto é, a aptidão para ser sujeito de direitos e deveres na ordem privada. Tal capacidade tem caráter universal, ou seja, é presente em todos os seres humanos sem distinção alguma, mesmo que não possua certidão de nascimento ou outro documento de identificação (Tartuce, 2023).

O segundo artigo do Código Civil de 2002, tem como texto legal que “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. Por sua vez, este artigo trata do início da personalidade civil, sendo o nascituro aquele que foi concebido, porém ainda não veio ao mundo. É considerado por Tartuce mais correta a tese de que a

proteção ao nascituro abrange também o embrião *in vitro* ou crioconservado, ainda que o certame não seja pacífico (Tartuce, 2023).

O debate primordial reside em menor escala no embrião em si e em maior escala na questão da capacidade jurídica do nascituro. O art. 2º do Código Civil ainda mantém um choque entre as perspectivas Natalista e Concepcionista, ao empregar os termos “nascimento” e “concepção”. São Teorias sobre a Personalidade do Nascituro: a) Teoria Natalista - o nascituro não é considerado uma pessoa, somente possuidor de uma expectativa de direitos; b) Teoria da Personalidade Condicional - a capacidade jurídica começa com o nascimento com vida, mas os direitos do nascituro estão condicionados a um evento futuro (o nascimento), sendo considerados direitos eventuais; e c) Teoria Concepcionista - o nascituro é um ser humano desde o momento da concepção, com direitos garantidos por lei (Tartuce, 2023).

Na primeira teoria, é apontado por Flávio Tartuce diversas falhas, como por exemplo, a negação de direitos básicos (vida, alimentos e nome) e o afastamento das novas tecnologias de reprodução assistida e da proteção abrangente dos direitos da personalidade, considerando essa teoria superada. Na segunda teoria, Tartuce argumenta que é apegada a questões patrimoniais, não responde aos apelos dos direitos da personalidade e, na prática, é essencialmente natalista, rejeitando direitos efetivos. Por fim, na última teoria, o autor se filia e, conseqüentemente, defende-a (Tartuce, 2023).

É entendimento nosso, diante do exposto, que quando examinados os artigos 1º e 2º do CC, fica evidente o arcabouço jurídico que, no enredo brasileiro atual, se manifesta substancialmente contrário à legalização da eutanásia e, principalmente, a sua forte adesão à teoria Concepcionista para o art. 2º.

Sendo assim, o art. 1º coloca a dignidade da pessoa humana no epicentro do ordenamento jurídico. A substituição da palavra “homem” por “pessoa” demonstra uma inclusão e um apreço irrestrito ao ser humano. Segundo Tartuce (2023), se partirmos do pressuposto de que cada indivíduo é detentor de direitos e deveres, a vida é o requisito essencial para o gozo e a prática desses direitos, portanto, a prática da eutanásia, ao deliberadamente, pôr fim à vida de uma pessoa, colide com a premissa da inviolabilidade da vida, que emana da própria dignidade humana. Flávio Tartuce (2023), igualmente, indica que a proteção da vida em si é um valor

intrínseco e fundamental da pessoa, antecedendo e superando qualquer decisão pessoal sobre seu término.

Relativamente ao art. 2º, é constatado que talvez esse seja o ponto mais crítico e onde a posição de Tartuce mais se choca com a eutanásia. Ao abraçar a Teoria Concepcionista, Tartuce argumenta que a capacidade jurídica, sobretudo no âmbito dos direitos inerentes à pessoa, tem começo desde a concepção. Conforme apontado por Tartuce (2023), considerando que a lei brasileira e o Superior Tribunal de Justiça reconhecem o nascituro como indivíduo detentor de direitos fundamentais, em especial o direito à vida, ocorreria uma incoerência lógica se admitida a eutanásia para uma pessoa já nascida e com plena capacidade civil, ou mesmo para uma pessoa incapaz cuja vida é igualmente amparada. Tal proteção à vida é aplicada desde o início desta até o seu término natural.

Com base no panorama legal e doutrinário exposto por Tartuce (2023), o poder de cada indivíduo escolher sobre o término da própria vida não é acatado, vez que prevalece o direito fundamental à vida e sua inviolabilidade. Desse modo, a lei brasileira em vigor criminaliza a eutanásia, e a interpretação de Flavio Tartuce sobre o CC, apenas reforça os argumentos dessa vedação.

E finalmente, quanto ao término da vida, estabelece o art. 6º do Código Civil que “a existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura de sucessão definitiva”. Melhor dizendo, o referido artigo trata da cessação da personalidade civil, e essa é cessada pela morte. Para o Direito Civil brasileiro, a morte biológica é o marco que põe fim à existência da pessoa natural. Com o falecimento, cessam os direitos e deveres dos quais a pessoa era titular.

Por isso, diante dos fatos apresentados, é de nossa compreensão que a “morte” referida pelo CC se trata da morte encefálica, conforme exposto pela medicina e aceita legalmente no Brasil, por meio da Lei nº 9.434/97, que versa sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e o Decreto nº 9.175/2017 que regulamenta essa lei. Assim, esse se torna o critério definitivo para constatação do óbito.

A relação entre a eutanásia, nos casos de portadores de doenças crônicas, e o art. 6º do CC, se mostra desafiadora e dificultosa. O artigo mencionado aponta a morte como o fim da personalidade civil. A legislação brasileira, em qualquer ângulo

que se olhe, busca a proteção da vida, vedando a prática da eutanásia. A vida é valorizada como um bem jurídico fundamental e indisponível, não permitindo que o indivíduo disponha de sua própria vida para fins de cessação.

Compreende-se, assim, que o Artigo 6º surge como uma barreira, vez que ao definir que a personalidade termina com a morte, e não pela vontade da pessoa. No âmbito jurídico, o falecimento é visto como um acontecimento natural ou derivado de razões não planejadas para pôr fim à existência (exceto em legítima defesa, estado de necessidade, etc., que não são casos de eutanásia). A eutanásia busca antecipar artificialmente esse “término” por um ato intencional. Ou seja, enquanto uma pessoa com doença crônica estiver viva, ainda que padecendo, ela é considerada uma “pessoa natural” detentora de direitos e deveres, e o Estado tem a responsabilidade de salvaguardar sua vida.

Dessa maneira, para os portadores de doença crônica em sofrimento, a lei brasileira, como, por exemplo, o Código de Ética Médica³ e a Resolução CFM nº 1.995/2012 (modificada pelas resoluções 2222/2018 e 2226/2019), apresenta opções como os cuidados paliativos e a ortotanásia, que visam garantir uma morte digna e sem dor, mas sempre respeitando e permitindo que a vida siga seu curso natural até a sua cessação biológica, sem qualquer intervenção ativa para antecipá-la. A vida, desde o momento da concepção até seu término natural com a morte, é vista como algo valioso, que a lei protege e não permite que se disponha livremente.

Outro artigo importante a respeito do assunto, localiza-se, da mesma forma, logo no começo do Código Civil, sendo o art. 15, trazendo de forma subjetiva o aceite quanto a eutanásia passiva quando aponta que “ninguém pode ser constrangido ou a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. Do mesmo modo, no art. 7º, III, da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) é estabelecido o direito de “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (Resende; Neves, 2022).

É nossa perspectiva que o atual ordenamento jurídico brasileiro, a respeito da realização da eutanásia, se configura na vedação da referida prática, e isso é afirmado a partir do Art. 5º da CF⁴, o qual consagra o direito à vida como um direito

³ Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.

⁴ 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).

fundamental do ser humano, bem como dá destaque a todos os outros direitos, ou seja, é por meio desse direito que todos os outros surgem, para juntos zelar e prezar pelas relações humanas.

Interpreta-se então, que este artigo se apresenta como uma pedra angular da vedação do ato da eutanásia na legislação, uma vez que a vida humana, para a Lei Maior, é um bem jurídico indisponível, ou seja, não é dado o direito nem mesmo ao indivíduo de possuir a liberdade de dispor da vida de forma absoluta, inclusive em questão que discorre à sua interrupção deliberada. O certame da eutanásia, ainda assim, na tentativa de buscar uma solução objetiva para o sofrimento extremo do paciente por meio da realização da eutanásia, entra em conflito, mais uma vez, com essa proteção irrestrita. Portanto, tal discussão não se limita somente no que diz respeito ao sofrimento do paciente, mas atinge a inviolabilidade do direito à vida em si, visto que a CF dirigiu tal direito à categoria de Cláusula Pétrea, ou seja, um direito que não pode ser abolido nem alterado em seu núcleo essencial. Logo, a vedação de prática em questão em nosso ordenamento reflete uma escolha do constituinte em proteger a vida em sua plenitude, independentemente das circunstâncias individuais existentes (Sarlet, 2019).

Assim, perante a Constituição Federal, o direito à vida é consagrado e, realizando uma leitura conjunta com o Código Penal, artigos acadêmicos e livros que ensejam sobre o assunto, observa-se que o ato da prática de eutanásia é vedado, sob o argumento de violação do direito à vida caso essa prática seja realizada, pois o direito à vida é de suma importância para a existência e manutenção dos demais direitos e princípios, além de ser um direito relevante, indisponível, inalienável e irrenunciável. José Afonso da Silva (2009, p. 198) argumenta que “de nada adiantaria a constituição assegurar outros direitos fundamentais, como igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana num desses direitos”.

Por outro lado, também é estabelecido o princípio da dignidade da pessoa humana como alicerce para os outros direitos fundamentais e como valor intrínseco aos seres humanos, conforme Art. 1º, inciso III da Carta Magna⁵.

⁵ Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana; [...] (Brasil, 1988).

O mesmo princípio também é mencionado pela Declaração Universal dos Direitos do Homem - DUDH (1948, p.4), em seu primeiro artigo, dizendo que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. No mesmo dispositivo, encontra-se o art. 3º, dispondo que: “todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Com o objetivo de proteger a vida da pessoa humana desde o começo da vida até a morte, fato certo para todos, o Estado tem o dever de assegurar a inviolabilidade do direito à vida citado pela Carta Magna (Campos; Medeiros, 2011).

Também, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, a qual assinou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, disposto no Art. 11, §1º⁶. Baseando-se no princípio da dignidade da pessoa humana a eutanásia encontraria apoio para a realização da sua prática, conjuntamente o doutrinador André Ramos Tavares (2008, pg. 541) assevera que:

(..) dessa forma, a Dignidade do Homem não abarcaria tão-somente a questão de o Homem não poder ser um instrumento, mas também, em decorrência desse fato, de o Homem ser capaz de escolher seu próprio caminho, efetuar suas próprias decisões, sem que haja interferência direta de terceiros em seu pensar e decidir. (2008, p. 541)

Considerada inconstitucional pela corrente majoritária atual, a eutanásia demonstra caráter ilícito pela Constituição Federal. Diversos doutrinadores afirmam esse entendimento através de seus estudos, como exemplo, o jurista José Afonso da Silva explana:

(...) é, assim mesmo, uma forma não espontânea de interrupção do processo vital, pelo que implicitamente está vedada pelo Direito à Vida consagrado na constituição, que não significa que o indivíduo possa dispor da vida, mesmo em situação dramática. Por isso, nem o consentimento lúcido do doente exclui o sentido delituoso da eutanásia no nosso Direito. (2008, p. 202)

Concernente à eutanásia, observa-se os seguintes posicionamentos encontrados em meio a doutrina brasileira:

A eutanásia no Brasil é crime, trata-se de homicídio doloso que, em face da motivação do agente, poderia ser alcançado à condição de privilegiado, apenas com a redução da pena. (D'urso: 2005; A eutanásia no Direito Brasileiro, artigo publicado no Diário do Grande ABC)

⁶ Art. 11, §1º. Toda pessoa tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade. [...] (Brasil, 1992, art. 11, §1º).

A figura penal mais próxima da eutanásia é o homicídio uma vez que alguém se encarrega de retirar equipamentos de suporte da vida, ministra opiáceos que causam a morte, ou deixa de prestar assistência médica. (Sztajn: 2002, p. 139).

Quando há a colisão de direitos fundamentais⁷, como ocorre ao se falar de eutanásia, o fato principal aqui a ser considerado é que a prevalência de um dos princípios em detrimento do outro é uma situação complexa de ser analisada já que tanto o direito à vida quanto a dignidade humana são previstos constitucionalmente.

Do mesmo modo, é importante destacar o princípio da proporcionalidade, com previsão no art. 8º do Código de Processo Civil, que é utilizado com a finalidade de interpretação para que se chegue a um resultado mais justo, necessário, eficaz e menos oneroso sobre o caso concreto. Para analisar corretamente a eutanásia e os direitos fundamentais que colidem nessa perspectiva, através do princípio da proporcionalidade, deve atentar-se para qual é a situação real do paciente, se há alguma probabilidade de melhora e/ou cura e se este encontra-se em demasiado sofrimento. Apesar de o Estado ser obrigado a garantir a saúde, a lei assevera que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo sem uma lei que o determine. Logo, o paciente poderá manifestar a recusa de tratamento médico e este não poderá ser feito sem seu consentimento, portanto, a autonomia do paciente deve ser respeitada, evitando tratamentos dolorosos que apenas prolonguem sua vida (Resende; Neves, 2022).

No ano de 1940, na reformulação do Código Penal, buscaram os legisladores a inclusão da eutanásia objetivando um respaldo legal, mas infelizmente não se teve êxito. Mais tarde, em 1993, suscitou-se um projeto preliminar para a reforma do CP, que carregava a finalidade de adicionar o § 6º ao artigo 121, inserindo a eutanásia de modo explícito. Três anos depois, surgiu o Projeto de Lei nº 125, que visava acrescentar a definição de eutanásia ao sistema legal brasileiro e, traria a oportunidade aos pacientes que enfrentam excessivo sofrimento físico e/ou mental de optar pela realização da prática da eutanásia, apontando como requisitos para isso: o requerimento, por parte do próprio paciente, familiar ou tutor legal, ao sistema

⁷BARROSO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado. Brasília, 2010. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 20 março 2025.

judiciário e uma avaliação do paciente, realizada por uma equipe de cinco médicos, incluindo dois especialistas na doença que o aflige (Resende; Neves, 2022).

O projeto mencionado, que prometia grande avanço nas leis brasileiras, não prosperou, devido à fortes críticas da parte conservadora e tradicionalista da sociedade brasileira, além de problemas com a burocracia, como por exemplo a ausência de um limite de tempo para solicitar ou desistir da solicitação, entre outras questões (Resende; Neves, 2022).

Observa-se que, atualmente, a eutanásia ainda não conta com a tipificação penal própria da conduta na lei, de forma direta. Entretanto, no Brasil, a única referência legislativa dessa conduta é encontrada no art. 121 do CP⁸, configurando-se como homicídio, ainda que o ato ocorra por meio do consentimento e a pedido do paciente enfermo (Gominho, 2017). O que pode ocorrer, é a diminuição de pena do indivíduo quando é praticado por “motivo de relevante valor social ou moral”, conforme o parágrafo primeiro do artigo supramencionado. O chamado homicídio privilegiado (Resende; Neves, 2022).

Equiparar a eutanásia ao homicídio, até mesmo quando existe um valor moralmente relevante, não parece ser a melhor maneira de lidar com esse cenário. É inquestionável que os motivos subjacentes de cada um são bem diferentes e, como tal, deveriam ter sido ponderados de forma diferenciada pelo legislador.

Mesmo na hipótese de criminalização da eutanásia, a sanção imposta para quem age porque a pessoa está sofrendo pediu deveria ser consideravelmente mais branda do que aplicada àquele que tira a vida de alguém que não queria morrer. A penalidade, caso cabível, não deveria ser apenas uma versão atenuada da pena prevista para o homicídio, mas sim do reconhecimento de uma tipificação penal autônoma e menos grave, já que as duas situações são fundamentalmente distintas.

Nota-se que o artigo não faz qualquer menção no que diz respeito à isenção punitiva sobre a pessoa que age com a pura intenção de somente findar o sofrimento do indivíduo que padece física ou psicologicamente (Starling, 2021).

⁸ Art. 121 - Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

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

Convém ressaltar que, conforme o art. 135 do CP⁹, o crime de omissão de socorro é definido de uma forma que possibilita uma certa conexão subjetiva com a eutanásia.

Verifica-se que a falta de medidas de proteção à vida, ou a mera omissão em implementá-las, em qualquer situação, gera uma omissão de socorro. Porém, é estabelecido no art. 13 do CP que “o resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se a causa ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido”. Isso quer dizer que, considerando que os pacientes terminais enfrentam a luta arraigada e demorada de morte, este artigo não se consagra para a prática da eutanásia, visto que a simples atuação da equipe médica diante do paciente, no que diz respeito aos cuidados paliativos do bem estar-estar físico, social, mental e espiritual, não tem como ser considerada como “deixar de prestar assistência”. Portanto, observa-se que não há indícios denexo causal entre as duas perspectivas, a ação e a morte que é inevitável, então, não é correto falar em tipicidade penal do ilícito (Resende; Neves, 2022).

No tocante à esfera do Direito Penal, encontra-se o Projeto de Lei nº 236/2012, que discorre sobre a eutanásia, o qual, até o presente momento, permanece em tramitação no Congresso Nacional e tem como finalidade disposta a instauração de um novo Código Penal Brasileiro. O PL do Senado nº 236 de 2012, escrito por José Sarney, traz em seu texto original a tipificação da eutanásia no art. 122¹⁰, diferentemente do tratamento dado nos dias atuais no Código Penal, onde se enquadra como homicídio, havendo no seu parágrafo primeiro a possibilidade do magistrado, de forma discricionária, abster-se da aplicação da pena em razão das

⁹ Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. (Brasil, 1940)

¹⁰ **Eutanásia**

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

Pena – prisão de dois a quatro anos.

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

Exclusão de ilicitude

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

circunstâncias do caso concreto e também da relação de parentesco ou dos laços de afetividade existentes entre o liame agente-vítima, configurando homicídio privilegiado. O dispositivo legal ainda apresenta a exclusão de ilicitude quando se tratar de ortotanásia (Brasil; Senado Federal, 2012).

O debate em questão trazido por esse PLS demonstra o quanto vêm se buscando um equilíbrio mútuo entre o respeito à vida e o respeito à autonomia do paciente. Essa tipificação será benéfica e de forma natural, abrirá caminhos para debates mais aprofundados sobre o tema, apresentando como argumento a demonstração da capacidade de se solidarizar com o sofrimento alheio, nos casos de excessivo e irreversível desprazer sobre a vida.

Assim, ensina Maria Helena Diniz (2006, p. 23 e 24):

O direito à vida, por ser essencial ao ser humano, condiciona os demais direitos da personalidade. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, caput, assegura a inviolabilidade do direito à vida, ou seja, a integralidade existencial, conseqüentemente, a vida é um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde a concepção, momento específico, comprovado cientificamente, da formação da pessoa. Se assim é, a vida humana deve ser protegida contra tudo e contra todos, pois é objeto de direito personalíssimo.

Com o direito à vida consagrado pela Constituição Federal, a prática da eutanásia poderia ser admitida lícita? Onde começa a vida e a partir do que há o direito de morrer? Mesmo que o Estado tutele a vida e tenha a obrigação de assegurá-la de todas as formas possíveis e em todos os âmbitos da sociedade, o Estado tem o direito de deixar seus cidadãos com o sofrimento da dor e da angústia, em razão de não obter sucesso em assegurar boa qualidade de vida e principalmente condições físicas, biológicas e psicológicas ao indivíduo? Em razão disso, o direito de morrer realmente é possível?

Quanto à esfera Civil, o último Projeto de Lei averiguado foi proposto em 31 de janeiro de 2025 pelo Senador Rodrigo Pacheco, e diz respeito ao PL nº 4/2025 do Senado Federal, que trata da atualização do Código Civil. Este projeto está em tramitação no Senado Federal. O que chama a atenção neste projeto é que ele não propõe a legalização da eutanásia em nosso país, mas, de forma positiva, aborda questões que tangenciam o debate sobre a autonomia do paciente e o fim da vida,

como por exemplo, a disposição do próprio corpo (Art. 13)¹¹, a recusa terapêutica (Art. 15)¹², as Diretivas Antecipadas de vontade (Art. 15, §1º)¹³ e a indicação de representante para tomada de decisões (Art. 15, §2º)¹⁴ (Brasil, 2025).

No art. 13 é definido limites para a autonomia individual em relação ao próprio corpo. No caput do artigo 15 é tratado do direito à recusa terapêutica, isto é, o direito de um paciente em escolher não aceitar um tratamento médico proposto. Já no § 1º do art. 15, têm-se a previsão legal das diretivas antecipadas de vontade, significando que um indivíduo pode, de maneira prévia, expressar sua vontade quanto aos tratamentos que deseja ou não receber em um momento futuro de incapacidade de manifestação da sua vontade, como é o caso de pacientes com doenças terminais ou irreversíveis. Pelo § 2º é permitido que a pessoa enferma indique um representante para realizar escolhas sobre sua saúde, desde que seja formalizado no prontuário médico ou outro instrumento legal (Brasil, 2025).

Nesse diapasão, é de nosso entendimento que o PL nº 4/2025 avança de forma significativa e positiva em relação à proteção da autonomia do paciente quando oportuniza a formalização de instrumentos que permitem ao enfermo exercer o controle sobre suas escolhas de saúde e, principalmente, sobre o fim de sua vida, mesmo com incapacidade, reforçando a dignidade e a liberdade no ordenamento jurídico brasileiro que são buscadas, quando se trata deste tema, há muito tempo.

Diante do cenário presenciado no Brasil, é de bom tom trazer legislações de outros países, que diferem do ordenamento jurídico brasileiro, que legalizam de forma adequada e exigente a prática da eutanásia, como por exemplo Holanda, Bélgica, Colômbia, Nova Zelândia, Austrália, Canadá, Cuba e Espanha. Neste capítulo apenas serão apresentadas as legislações da Holanda, Bélgica e Colômbia, devido a maior visibilidade e influência mundial dos respectivos países (Amaeing *et al.*, 2023).

¹¹ Art. 13. Salvo para resguardar o bem-estar físico e psíquico de pessoa maior e capaz, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando gerar diminuição permanente da integridade física ou limitação que, mesmo provisória, importe violação da dignidade humana.

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

¹² Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

¹³ § 1º É assegurada à pessoa natural a elaboração de diretivas antecipadas de vontade, indicando o tratamento que deseje ou não realizar, em momento futuro de incapacidade.

¹⁴ § 2º Também é assegurada a indicação de representante para a tomada de decisões a respeito de sua saúde, desde que formalizada em prontuário médico, instrumento público ou particular, datados e assinados, com eficácia de cinco anos (Brasil, 2025).

No ano de 2002, a Holanda consagrou-se como o primeiro país a legalizar essa prática tão polêmica e, é um exemplo de avanço legislativo. Com a promulgação da *Lei Wet Toetsing Levensbeëindiging (Lei WTL)* em 2002, os artigos 293 e 294 da Lei Criminal Holandesa foram alterados e estabelecem que, segundo Albuquerque (2008), a conduta que é isenta de responsabilidade criminal é aquela nos casos de auxílio intencional de uma pessoa à outra na prática do suicídio e nos casos em que o médico responsável realizada a terminalidade da vida de outrem, mediante pedido, tendo como condição a observância de alguns requisitos legais.

Mendes e Bucar (2018, p. 95) afirmam que “a referida lei criminal holandesa não estabelece como requisito ser paciente terminal, e sim o grau de sofrimento no qual o indivíduo se encontra”.

Um dos requisitos a ser preenchido para comprovar a legalidade da eutanásia é que esta só pode ser feita por um médico (Governo dos Países Baixos, s.d.).

Segundo a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão), os critérios que devem ser atendidos são de que o médico deve:

1. estar certo de que o pedido do paciente é **voluntário e bem considerado**;
2. estar convencido de que o **sofrimento do paciente é insuportável, sem perspectiva de melhora**;
3. ter **informado** o paciente sobre sua **situação e seu prognóstico**;
4. chegaram à conclusão, juntamente com o paciente, de que **não há alternativa razoável** na situação do paciente;
5. ter **consultado** pelo menos um outro **médico independente**, que deverá consultar o paciente e dar uma opinião por escrito sobre os critérios de diligência devida estabelecidos em (1) e (4) foram cumpridos;
6. ter exercido o **devido cuidado e atenção médica** ao pôr fim à vida do paciente ou ao auxiliar no suicídio do paciente. (Holanda, Lei Wet Toetsing Levensbeëindiging, 2001)

Também, é exigido que para ocorrer o pedido da eutanásia por menores de idade, o menor tenha pelo menos 12 anos e deverá ter uma mínima noção de capacidade de discernimento e os pais devem dar o seu consentimento para a prática. Para crianças entre 16 e 17 anos, não é necessário o consentimento destes, mas eles devem ser consultados (Governo dos Países Baixos, s.d.).

Na Bélgica, a ideia de legalidade para a prática assemelha-se à Holanda. Posterior a incontáveis debates e ideais expostos perante o país, a eutanásia passou a vigorar em 2002. No ano de 2014 a lei foi alterada e passou a não impor limite etário para que a prática seja aplicada. O Código Penal Belga não teve

alterações perante a Lei Relativa a Eutanásia, de 28 de maio de 2002 e proporcionou amparo legal ao médico que praticasse a pedido do paciente a eutanásia. Também, é necessário atender os seguintes requisitos: 1) o agente que realiza a prática deve ser médico; 2) o paciente deve possuir capacidade intelectual e volitiva de consentir; 3) o consentimento necessita ser informado, refletido, reiterado e voluntário (não podendo ser objeto de pressão externa); 4) a doença deve ser grave e sem cura; e 5) a doença deve estar causando constante sofrimento e intolerável, sem possibilidade de ser atenuado. Destaca-se que o médico que acompanha e é informado pelo paciente da vontade da eutanásia, tem livre arbítrio, considerando e baseando-se nos critérios estabelecidos na lei, para conceder ou negar o pedido do paciente (Resende; Neves, 2022).

Diferentemente da Holanda, no ano de 2014, a lei foi alterada e passou a não impor limite etário para que a prática seja aplicada, ou seja, a eutanásia em crianças também foi permitida, entretanto, há requisitos rígidos a serem preenchidos para que se possa ocorrer a eutanásia de fato (Gominho, 2017).

Atinente a Colômbia, a eutanásia ainda não é uma prática tratada por legislação, mas apresenta sentenças da Corte Constitucional que permitem a realização do ato. Uma das decisões que dissertam sobre o assunto é a decisão C-239 de 1997, a qual instituiu o “direito à morte digna”, sendo pioneira na permissão da eutanásia neste país. Essa decisão despertou alteração de interpretação do artigo 326 do Código Penal vigente na época, e estabeleceu que o médico praticante do procedimento não seria responsabilizado penalmente, com a ressalva de seguir os requisitos determinados na decisão. Diante da inércia do Congresso, o Tribunal Constitucional abraçou a responsabilidade de regulamentar a prática, conjuntamente com o Ministério da Saúde. As deliberações tomadas posteriormente, como por exemplo a decisão C-233/2021, ampliaram as condições para a eutanásia, incluindo os pacientes com enfermidades não terminais, mas que de algum modo impedem uma vida com dignidade, a exemplo de dores insuportáveis. Foi acrescentada pelo Tribunal, por meio da decisão T-721/2017, a exigência de que a vontade do paciente deve ser clara, permitindo até que um representante legal a manifestasse. Embora feitos inúmeros pedidos do Tribunal, não foi criada pelo Congresso uma lei que detalhasse sobre a prática da eutanásia (Macêdo; Cioatto, 2024).

Entretanto, o Tribunal se valeu de determinações do Ministério da Saúde para garantir a aplicação desse direito. Por mais que não houvesse propriamente uma legislação, o processo da eutanásia foi realizado no país, assegurado pelo Tribunal Constitucional, através da decisão T-970/2014. Resumindo alguns requisitos principais a serem considerados para a eutanásia na Colômbia: 1) doença que causa sofrimento insuportável e são incompatíveis com uma vida digna; 2) vontade expressa do paciente e/ou, na falta do paciente poder expressá-la, um representante legal pode tomar a decisão; e 3) realização da prática por um médico, através de medicamentos que levam à morte de forma indolor (Macêdo; Cioatto, 2024).

Em síntese, a eutanásia possui diferentes abordagens legais no mundo todo, e por isso, é possível observar disparidades consideráveis sobre a prática entre o Brasil e os demais países citados neste tópico. O tema abrange diversos âmbitos sociais e em cada país é apontado entendimentos divergentes em questões como a autonomia do paciente, o direito à vida e o papel da medicina em situações de sofrimento excessivo. O ordenamento jurídico brasileiro prioriza o direito à vida, enquanto a Holanda, Bélgica e Colômbia, além de diversos outros países não citados aqui, procuram manter o equilíbrio entre a preservação da vida com a autonomia do paciente e o fim do sofrimento causado por dores extremas.

Diante da legalização da eutanásia em países como Holanda, Bélgica e Colômbia, surgem discussões que tratam da possibilidade de adoção de modelos legislativos semelhantes em nosso país, acompanhados, do mesmo modo, com critérios rigorosos e eficazes para que a segurança e o bem-estar dos pacientes sejam resguardados.

A vida não deve ser vista como um ciclo que se inicia e acaba com um simples nascimento, ela deve ser vista ou entendida como algo que é bom, ou seja, em sua qualidade, intensidade, dignidade e não em seu tempo, ou, ainda, ela não deve ser vista como um mero processo biológico. Até que ponto os direitos do ser humano dependem da vida, e ainda, a vida é um direito, a propósito, ou pressuposto dos outros direitos? Ou é também um dever? Ou para colocar em termos mais simples, a vida deveria ser vivida se não há direitos, ou, ainda, a vida é não apenas um direito, mas é também, em certos casos, um pressuposto para o exercício do último dos direitos, o direito de morrer, ou a vida continua aqui só como uma responsabilidade. Ou, por assim dizer, em algumas situações, o direito, o direito à

liberdade, garantido pela dignidade, pode ser exercido ativamente, encerrando assim a vida?

A Bioética e o Biodireito andam lado a lado, sendo aquela a forma de regulamentar as questões da vida humana, a ação de um indivíduo, com base em princípios que defendem a vida e a saúde. Para Maria Helena Diniz (2011, p. 34-35):

A bioética seria, em sentido amplo, uma resposta da ética às novas situações oriundas da ciências no âmbito da saúde, ocupando-se não só dos problemas éticos, provocados pelas tecnociências biomédicas e alusivos ao início e fim da vida humana, às pesquisas em seres humano, às formas de eutanásia, à distanásia, às técnicas de engenharia genética, às terapias gênicas, aos métodos de reprodução humana assistida, à eugenia, à eleição do sexo do futuro descendente a ser concebido, à clonagem de seres humanos, à maternidade substitutiva, à escolha do tempo para nascer ou morrer, à mudança de sexo em caso de transexualidade, à esterilização compulsória de deficientes físicos ou mentais, à utilização de tecnologia do DNA recombinantes, às práticas laboratoriais de manipulação de agentes patogênicos etc., como também dos decorrentes da degradação do meio ambiente, da destruição do equilíbrio ecológico e do uso de armas químicas.

Dos princípios que defendem a vida e a saúde, sobressai-se o princípio da autonomia, vez que dará a possibilidade de a pessoa discutir e escolher o que, em sua opinião, é bom ou não para si. Assim, a autonomia do paciente deve ser tratada com respeito e acatada pelos profissionais da saúde, e estes somente poderão realizar alguma conduta frente aos atos médicos se autorizados pelo paciente (Resende; Neves, 2022).

A autonomia, por sua vez, dá ao paciente o poder de tomar decisões frente aos atos médicos que deseja seguir ou não. Entretanto, tais decisões devem ser tomadas com plena consciência. A autonomia nada mais é do que uma pessoa livre para escolher. Sobre a autonomia, Ana Paula de Barcellos (2002, p. 223) conceitua que ela “é justamente o poder de realizar escolhas livremente, partindo de valorações morais próprias, isentas de interferências externas”.

3.2 A autonomia privada e sua relação com o princípio da dignidade da pessoa humana

O princípio da autonomia tem como fundamento a convicção de que cada indivíduo carrega consigo o direito de fazer escolhas e tomar decisões frente a sua vida. A despeito do contexto da saúde, esse princípio age como uma forma do poder de aceitação ou não do paciente para tratamentos e procedimentos médicos,

decidindo sobre sua própria saúde, de acordo com sua vontade, costume, valores, cultura e religião. Na prática da eutanásia não há diferença quanto à autonomia do paciente, podendo ele decidir sobre a própria morte, se deseja ter uma morte digna e sem sofrimento. Este princípio é posto como argumento em temas bioéticos para defender a eutanásia e quem a defende justifica que a autonomia é cabível para a prática em questão quando o doente já não suporta mais a sua situação de dor e fraqueza e, portanto, a única pessoa adequada para apontar a escolha entre a vida e a morte é o próprio enfermo (Campos; Medeiros, 2011).

A relação entre a autonomia e a eutanásia não é tão simples e clara como se pensa. Existem perguntas que devem ser respondidas de maneira consciente e cristalina para se ter um melhor resultado e entendimento do paciente para com o ato da abreviação de vida. Essas perguntas referem-se à capacidade de decisão do paciente, à definição de sofrimento insuportável, à proteção da vida além do necessário e o papel do médico nesses casos.

Assim, a fim de que a autonomia da vontade seja plenamente respeitada, é preciso que, durante o surgimento de uma possibilidade ou de uma impossibilidade de eutanásia, a sua capacidade de consentir esteja íntegra e que ela também não seja objeto de um plano que faça parte da vontade alheia. Dessa forma, com o surgimento de uma possibilidade — ou até mesmo de uma impossibilidade — de eutanásia, é essencial que a capacidade de consentimento da pessoa esteja plenamente preservada e livre de qualquer influência externa. Para que ela possa decidir sobre o tratamento que deseja seguir e a conduta médica a que será submetida, em consonância com seu projeto de vida, é indispensável o direito à informação clara, completa e acessível. Isso inclui o conhecimento mínimo sobre sua doença, a explicação de todas as intervenções possíveis e o esclarecimento de dúvidas, garantindo uma escolha consciente e livre de coação (Diniz; 2006).

Ante o exposto, Beltrão (2016, p. 101) expõe sua opinião de que “[...] para que o consentimento e a recusa sejam válidos, deve, ser baseados na compreensão da situação que se apresenta e devem ser voluntários, pois esse direito está baseado no princípio do respeito à autonomia”.

Do mesmo modo, Marcos Bernardes de Mello (2004, p. 22) diz que:

Para a vontade da pessoa não estar viciada por fatores externos ou internos que influencie sua decisão, é preciso que sua vontade seja baseada na exata noção da realidade dos fatos ou circunstâncias, de modo que o

paciente deva estar informado de suas condições de saúde para, assim, tomar uma decisão mais próxima da realidade.

Compreende-se assim que, Mello (2004) realça que a real independência ao decidir sobre questões de vida ou morte, não se resume apenas à capacidade de expressar um desejo. É crucial que essa escolha seja informada e livre de vícios, ou seja, fundamentada e isenta de influências negativas. Isso significa que o indivíduo deve ter uma compreensão completa e precisa do seu estado de saúde, das opções disponíveis e das prováveis consequências de cada escolha.

Ter plena consciência da realidade dos eventos ou situações e a exigência de que o paciente esteja ciente de seu quadro clínico são condições essenciais para que uma decisão tão séria seja genuinamente autônoma. Sem essa clareza, a decisão pode ser afetada pelo desespero, falta de informação sobre tratamentos paliativos, pressões de familiares ou da sociedade, ou até mesmo por quadros médicos que, conseqüentemente, podem afetar o discernimento, como é o caso da depressão. Em síntese, a autonomia não é um cheque em branco. Trata-se de um direito que exige informação, discernimento e ausência de coerção, garantindo que a escolha final seja realmente um reflexo genuíno da vontade da pessoa e não uma consequência de desconhecimento ou influência externa.

Assim, passa-se ao princípio da dignidade da pessoa humana e, ao final, sua relação com o princípio da autonomia da vontade.

A dignidade da pessoa humana é reconhecida como um valor fundamental e um princípio jurídico constitucional, possuindo origem filosófica e religiosa, se consolidando como eixo axiológico do direito após a Segunda Guerra Mundial. São listados três elementos essenciais que constituem o conteúdo mínimo da dignidade da pessoa humana, sendo 1) valor intrínseco da pessoa humana, 2) autonomia da vontade e 3) valor comunitário (Barroso, 2010).

A partir do que expõe Luís Roberto Barroso (2010), se constata que, no elemento do valor intrínseco da pessoa humana, significa dizer que cada pessoa possui um valor em si próprio, apesar de qualquer utilidade ou funcionalidade de seu ser. No elemento da autonomia da vontade tem base kantiana que garante a capacidade de autodeterminação do ser humano, inclusive sobre decisões de vida e morte. E o valor comunitário se baseia no reconhecimento do indivíduo como parte de um grupo, com responsabilidades recíprocas.

Desse modo, Barroso (2010, p.15) acrescenta que “[...] a dignidade da pessoa humana, conforme assinalado acima, se aplica nas relações entre indivíduo e Estado como nas relações privadas.”

Nas discussões complexas sobre a prática da eutanásia, do suicídio assistido e das decisões no final da vida, a dignidade humana se mostra como uma questão central. Nesses casos, o conceito da dignidade humana é flexível, tanto para justificar a proteção da vida a qualquer custo, como para apoiar o direito a uma morte com dignidade.

O caso da Sra. Englaro, na Itália, é exemplo de um marco no certame sobre o direito de suspender tratamentos de manutenção artificial da vida, conforme conta Barroso (2010, p. 2): “a família da Sra. Englaro, na Itália, queria suspender os procedimentos médicos e deixá-la morrer em paz, após dezessete anos em estado vegetativo.”

Nesse cenário, a ideia de dignidade se funde com a capacidade de decidir por si mesmo, sendo uma justificativa possível para reconhecer o direito à eutanásia como uma forma de liberdade pessoal perante sofrimentos insuportáveis ou doenças irreversíveis.

O princípio da dignidade da pessoa humana, considerado fundamental e o mais relevante da Constituição Federal de 1988, representa um instrumento essencial na resolução de questões complexas, inclusive aquelas que envolvem os direitos à vida e à liberdade. Trata-se de um dever imposto ao Estado, que deve assegurá-lo a toda a sociedade, servindo como base para a proteção dos direitos fundamentais. Tal princípio encontra-se positivado no artigo 1º da Constituição, que estabelece: “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). Ademais, o direito à vida é assegurado antes mesmo da dignidade, no caput do artigo 5º do mesmo texto legal.

Este princípio tem sido critério de interpretação e limitação de normas infraconstitucionais, servindo, entre outros, para evitar tratamentos degradantes, justificar decisões sobre aborto de anencéfalos (ADPF 54)¹⁵, fundamentar a vedação

¹⁵ “Na ADPF nº 54 [...] pede-se ao STF [...] que reconheça que [as normas] não devem incidir nessa hipótese, pois obrigar uma mulher a levar a termo uma gestação inviável viola a dignidade da pessoa humana.” (Barroso, 2010, p. 14).

da prisão por dívida de depositário infiel e viabilizar redesignações sexuais e proteção à intimidade (Barroso, 2010).

Referente a esse princípio, Sarlet (2002, p. 62) define a dignidade da pessoa humana:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Ao mesmo tempo, Azevedo (2010, p. 13) associa a dignidade da pessoa humana:

[...] a autonomia e a liberdade integram a dignidade. Assim, cada direito fundamental contém uma expressão da dignidade, isto é, de autonomia e de liberdade. O direito à vida garantido constitucionalmente no art. 5º, caput, CF/88, por conseguinte, pressupõe não apenas o direito de existir biologicamente. Se o direito à vida é um direito fundamental alicerçado na dignidade humana, a vida assegurada pela Constituição é a vida com autonomia e liberdade.

Como base do pensamento moderno sobre dignidade, Immanuel Kant é mencionado como exemplo, sustentando que a dignidade está vinculada à autonomia moral do indivíduo, isto é, em seu poder de decidir com razão seguindo um preceito absoluto (agir conforme princípios que possam ser universalizados) (Kant, 2004, p.79).

Dessa maneira, o autor Immanuel Kant solidifica a validade da autodeterminação sobre a própria vida, até mesmo nas deliberações sobre seu fim, representando um alicerce ético possível para sustentar o direito à eutanásia.

Assim como o princípio da autonomia é cercado de perguntas que devem ser respondidas de forma clara e coesa, o mesmo acontece com o princípio da dignidade da pessoa humana. As perguntas que devem ser realizadas relacionam-se a se é digno manter a vida de um paciente em situação de doença terminal, irreversível ou incurável; em tal situação, o Estado tem o dever ou não de respeitar a vontade do paciente em sofrimento; e se a indisponibilidade da vida deve sobrepor-se a dignidade do homem.

A maleabilidade da dignidade é alvo de questionamentos, podendo ser manipulada por diferentes ideologias, convicções religiosas ou abordagens

paternalistas. Barroso (2010, p.19) adverte: “a perdição da ideia de dignidade seria sua utilização para legitimar posições moralistas ou perfeccionistas, com sua intolerância e seu autoritarismo.”

Por isso, a dignidade humana não deve ser instrumentalizada como conceito absoluto, tampouco pode ser apropriada por visões morais totalizantes.

Depreende-se, portanto, que no contexto da eutanásia, a capacidade de decidir por si e o respeito à integridade humana se conectam profundamente, visto que ambos buscam garantir ao ser humano o direito de decidir sobre sua própria existência de forma informada, sem pressões e com responsabilidade. A autonomia da vontade assegura ao enfermo o direito de escolher quais medidas tomar em relação ao seu corpo e futuro, principalmente em situações de extrema dor ou doenças incuráveis. Ao mesmo tempo, a dignidade coloca como exigência que essa decisão seja vista com respeito, como uma demonstração máxima de liberdade e do valor inerente a cada indivíduo.

Desse modo, reconhecer a legitimidade da eutanásia, seguindo normas éticas e jurídicas estritas, é uma forma de preservar tanto a liberdade de escolha quanto o respeito à dignidade do ser humano perante o fim da vida¹⁶.

3.3 A autonomia e as decisões sobre vida e morte: o que diz o Direito?

Não é novidade alguma que o nascimento é incerto e, logo, a morte é a maior certeza que se tem perante a vida. A finitude da vida engloba questões de todas as áreas do conhecimento humano, principalmente as ligadas à moral, à religião e ao ordenamento jurídico. Por conta disso, a terminalidade irreversível de uma vida de dor e de sofrimento abarca a tomada de uma decisão livre e consciente do paciente sobre sua morte e os cuidados anteriores à morte.

Observa-se, existentes, no mínimo, dois modelos para a tomada de decisões livres e conscientes sobre a morte, ofertados aos que padecem de enfermidade

¹⁶ O Mandado de Injunção (MI) 6.825, julgado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 11 de abril de 2019, é o caso mais recente encontrado na Corte que aborda a temática da "morte digna". Contudo, é fundamental destacar que o STF, neste processo, não analisou a questão de fundo sobre a possibilidade da prática da eutanásia no Brasil. A decisão se baseou na inadequação da via eleita, ou seja, o Mandado de Injunção não foi considerado o instrumento jurídico apropriado para suprir uma suposta omissão legislativa sobre o tema, por não haver uma obrigação jurídico-constitucional clara de o legislador regulamentar especificamente o "direito à morte digna". De modo a complementar o assunto sobre o MI 6.825, destaca-se: MARINHO, Nicolli. Eutanásia. **Migalhas**, 18 out. 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/375397/eutanasia>. Acesso em: 10 julho 2025.

incurável ou irreversível e dor insuportável, quais sejam: o “Contrato Ulisses” e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV’s).

No “Contrato Ulisses”, no contexto jurídico e bioético:

[..] a vida é situada como direito absoluto, que impõe aos médicos e aos integrantes de equipes assistentes do paciente utilizar todos os recursos e tecnologias disponíveis para manter o paciente vivo, ainda que com isso contrariem prévia manifestação de vontade deste (Coitinho, J.; Coitinho, V., 2021).

Trata-se de modelo que objetiva, de qualquer forma, a preservação da vida. Esse contrato surge como uma figura conceitual utilizada para descrever acordos firmados de maneira unipessoal, ou seja, de uma pessoa para ela mesma no futuro, quando em situações futuras já não terá plena capacidade de decidir racionalmente. Não é surpresa que a história deste contrato, nos dias de hoje, seja comparada com um mecanismo de autocontenção voluntária, vez que o paciente, ainda em plena consciência de seus atos, autoriza de maneira antecipada algumas medidas, tratamentos ou até restrições que devem ser acatadas quando este encontrar-se em estado de vulnerabilidade (Coitinho, J.; Coitinho, V., 2021).

O que é resguardado por tal modelo é a vida como valor absoluto, devendo ser preservada a todo custo, ainda que contrarie a vontade do próprio paciente. A manifestação da vontade de morrer pelo enfermo é ignorada e não prevalece em momento algum, cabendo apenas ao médico - em alguns casos, ao responsável legal - em decidir se evitará ou adiará a morte, sob o argumento ultrapassado que não teria o paciente autonomia para renunciar à própria vida ou decidir sobre as circunstâncias da própria morte (Coitinho, J.; Coitinho, V., 2021).

A insistência da manutenção da vida de pessoas portadoras de doenças graves/irreversíveis ou estado terminal, não se baseia apenas em princípios éticos, médicos ou texto legal, mas também na imensa dificuldade humana de aceitação e de lidar com a morte. A morte do outro abre caminho em nosso interior e acende o medo de nossa própria mortalidade, e, por isso, se evita oferecer o mínimo necessário - acolhimento, presença e afeto - em um momento tão sensível, substituindo-o por intervenções que apenas prolongam o sofrimento e a dor do outro.

O ponto-chave desse contrato, que o faz ser de longe diferente das DAV’s, é que essa antecipação da manifestação de vontade serve somente para tratamentos

ou terapêuticas que tenham estritamente o objetivo de prolongamento da vida (Coitinho, J.; Coitinho, V., 2021).

Nessa ordem de ideias, embora o contrato tenha uma lógica protetiva, não deixa de ser alvo de críticas por, em sua maioria, violar a autonomia presente em favor de uma vontade passada. Surgem dilemas éticos e jurídicos quanto ao seu modo, especialmente quando o paciente recusa algum tratamento quando chega a hora de fazê-lo, podendo haver risco de coerção e desrespeito à dignidade atual do paciente. Portanto, se deve prezar por uma aplicação cautelosa, restrita e de total supervisão ética e jurídica.

Diferentemente, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV's) são um instrumento que objetiva garantir a autonomia do enfermo e que permite a tal pessoa expressar sua vontade em relação a sua saúde em situações futuras, de forma antecipada, quando ainda encontra-se em pleno gozo de sua autonomia e possua total lucidez e autodeterminação. Essa vontade deve ser respeitada independentemente de opinião contrária da família e amigos. Nas diretivas antecipadas pode ser expressa também, a recusa de tratamentos que prolonguem a vida artificialmente, sendo que, em determinados casos, essa recusa pode ter a consequência morte (Silva *et al.*, 2021).

É direito fundamental da pessoa ter o poder de tomada de decisões livre e consciente sobre as questões que englobam a saúde e a vida. Em situação de extrema vulnerabilidade, como é o caso de um portador de doenças crônicas, a autonomia em questão torna-se mais necessária e relevante para atender os desejos e respeitar os valores do paciente (Silva *et al.*, 2021).

Vê-se que, o direito de decidir sobre o término da própria vida em quadros que mergulham em demasiado sofrimento e sem expectativa de cura é intitulado como um dos debates mais intrincados e sensíveis, tanto no Direito quanto na Bioética atuais, e possui como principal panorama a delimitação clara sobre o alcance da discussão, ausentando os cenários passageiros ou tratáveis em que a antecipação da vida seria inquestionavelmente proibida.

São circunstâncias excepcionais a serem identificadas, para correta adequação às condições de saúde necessárias para enquadramento nessa discussão "1) acometido de doença grave e degenerativa que lhe reduz progressivamente a independência, ou 2) em estágio avançado e terminal de

determinada enfermidade, que pretende optar 3) pelo término de sua vida, decidindo 4) a melhor forma de fazê-lo” (Coitinho, J.; Coitinho, V., 2021, p. 6).

De acordo com nossa compreensão, a autonomia do indivíduo acerca da terminalidade antecipada da própria vida nos cenários de doença incurável e sofrimento extremo aponta como a questão central o direito de escolher findar a vida e a maneira mais digna de realizar esse ato, objetivando um fim que deprecie a dor e preserve a honra. Questiona-se, então, a premissa de preservação da vida “a qualquer custo”. Tal premissa conflita com a dignidade humana e, de modo subjetivo, transfigura a existência em mera extensão do padecimento. Além disso, a medicina, carregada de todo conhecimento técnico, sabe até que ponto o paciente e o seu corpo suportam em relação às doenças terminais e irreversíveis. Isso é de grande valia, pois é uma questão que os profissionais da saúde podem apontar a seu favor e trabalhar de maneira conjunta com a vontade do paciente, ajustando com ele o seu limite e a melhor maneira de terminalidade da vida.

A despeito do ordenamento jurídico quanto as DAV's, não há lei específica que trata sobre tal questão, entretanto, é possível observar a Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, que trata das Diretivas Antecipadas de Vontade, dispondo em seu art. 1º que essas são “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” (CFM, 2012).

A Resolução nº 1.995/2015 também estabelece por meio do art. 2º, § 4º que o médico deve registrar no prontuário os desejos expressos pelo paciente sobre seus cuidados e tratamentos. Este parágrafo resplandece um aspecto essencial para a efetividade das DAV's em território nacional, tornando-se vital para simplificar e desburocratizar todo o processo de formalização das vontades do enfermo, promovendo maior acesso e praticidade, vez que não se dispensa o registro das Diretivas em cartório. Em consequência disso, o CFM valida a autonomia do paciente quando manifestada em uma comunicação direta com o profissional de saúde que o assiste em seu tratamento (Dadalto, 2022).

A redação do artigo mencionado anteriormente é de inegável acerto e extremamente digna de apoio, considerando que o procedimento de formalização das DAV's fora simplificado, e isso denota que o CFM evidencia um olhar mais

profundo da realidade às necessidades dos pacientes e valoriza a perspectiva de lhes dar controle em relação às decisões de saúde. Percebe-se que, com a dispensa da necessidade de registro das Diretivas em tabelionato, é eliminado os custos e burocracias complexas, além de remover as barreiras significativas para que seja efetivada a manifestação da autonomia, assegurando, assim, que haja um maior número de pessoas manifestando seus desejos de maneira objetiva e efetiva. Determinada medida fortalece a conexão entre médico e paciente e assegura que o respeito à dignidade e à vontade do paciente se façam presentes nas decisões médicas pertinentes.

Por isso, o princípio da autonomia da vontade se mostra essencial. Tem a finalidade de legitimar a capacidade de quem padece de obter o poder de escolha em mãos, decidindo de maneira informada sobre seu corpo, tratamento ou não e futuro. A autonomia é uma fórmula para caucionar o poder de decisão do paciente. Não se pode falar aqui de negligência, pois a autonomia preza pela liberdade e individualidade de cada pessoa perante o fim. Em resumo, a autonomia “exige que se aceite que elas se autogovernem - isto é, que se reconheça que são autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos” (Santos, 1998, p. 43).

De maneira contrária, tem-se o princípio da beneficência, o qual torna como figura principal o médico e seus deveres na atuação médica, mas jamais deixa de considerar a autonomia do paciente. A questão é que o profissional deve sempre prezar pelo benefício do seu paciente adotando todas as medidas possíveis para que esse encontre o bem-estar. Seu dever é conter todos os danos que possam ser causados ao indivíduo (Braga, 2023). O médico é obrigado a agir sempre de maneira benéfica, jamais causando mal a seu paciente, entretanto, é preciso tomar cuidado para que não haja um viés paternalista na relação médico-paciente diante da prática desse princípio.

Embora haja um pequeno conflito entre o princípio da autonomia da vontade e o da beneficência, Soares e Piñeiro (2006) mostra uma maneira tranquila para resolução desse atrito: o diálogo entre o médico (apontando seus anseios e julgamentos) e o enfermo (expressando sua vontade e o que deseja que seja feito) é a melhor resposta.

O princípio da não-maleficência muito se assemelha ao da beneficência (fazer o bem). Ele carrega consigo o legado de não fazer o mal e exige que os

profissionais de saúde tenham cuidado e evitem prejudicar seus pacientes e minimizem riscos que possam surgir. Esses ideais podem ser manifestados ao evitar tratamentos fúteis, gerenciar a dor e proteger o paciente de danos desnecessários (Soares; Piñeiro, 2006).

Com uma visão mais compassiva, em cenários de doenças com extremo sofrimento e dor irreversíveis ou incuráveis, a eutanásia é, por incrível que pareça, um modo de honrar o preceito de não causar dano ao paciente.

O último princípio da Bioética, denominado princípio da justiça, também conhecido por equidade, é explicado por Fabriz (2003, p. 111) “princípio da justiça, no campo da Bioética, indica a obrigação de se garantir uma distribuição justa, equitativa e universal dos bens e serviços (dos benefícios) da saúde”. Isso significa que os pacientes devem ter acesso a um tratamento justo e que os direitos e deveres devem ser igualmente aplicados, sem discriminação.

Como resultado dessa abordagem, a qualidade de vida das pessoas aumenta. Ao distribuir igualmente os recursos oferecidos pela saúde, de forma justa e igualitária, todos têm a possibilidade de desfrutar da biotecnologia, aproximando aos poucos o mundo na luta contra a desigualdade e na promoção da justiça social.

Compreendemos, assim, que em conformidade com as DAV's, apresenta-se exemplos de casos em que este modelo se encaixa perfeitamente, é o que se passa a ver no capítulo seguinte desta monografia. Os casos de Ana Estrada e Carolina Arruda (discutidos no tópico 4 deste trabalho), tornam compreensível a relevância e a necessidade das DAV's. Ana teve um longo caminho de batalhas judiciais até conseguir o seu direito à eutanásia em um país onde o procedimento não é legalizado. Seu caso ainda foi espaço para ocorrer um debate sobre a autonomia e o direito à morte digna. A luta de Ana, apesar de não ser diretamente ligada a uma DAV preexistente que autorizasse a prática da eutanásia, evidencia a valia de expressar de maneira formal a vontade enquanto vive, até mesmo diante de ocasiões em que a legislação ainda desconsidera todas as formas de escolhas.

Já no caso de Carolina Arruda foi afirmado pela paciente, por meio de um registro em suas redes sociais realizado nos primeiros dias de sua internação, que até o momento não descarta a opção pela eutanásia. Embora sua vontade também não esteja diretamente explícita em uma Diretiva Antecipada de Vontade formalizada em cartório, a sua expressão de vontade, através de suas falas, já é validada. Os

exemplos aqui mencionados evidenciam a relevância das DAV's como um instrumento que garante a autonomia do paciente e permite que suas decisões sejam acatadas e honradas, garantindo que o seu direito à dignidade seja preservado, até mesmo em situações de vulnerabilidade e incapacidade de expressar-se.

O morrer com dignidade torna-se um ato cada vez mais desejado e, quando o enfermo traz a escolha de abreviação da própria vida, tal vontade deve ser posta de maneira prévia, livre e consciente.

4 ANÁLISE DE CASOS SELECIONADOS

Com o passar do tempo, a evolução humana e das coisas ganham notoriedade e os desafios surgem conjuntamente. Com as doenças não é diferente, estas vão evoluindo e os desafios para prevenção, diagnóstico e tratamentos crescem do mesmo modo, como é o caso das doenças crônicas na perspectiva mundial, impactando um grande número de pessoas. Diante do forte impacto, é necessário o aprimoramento e desenvolvimento de novos mecanismos tecnológicos para chegar em um resultado mais eficiente das questões mencionadas. Nessa lógica, o Ministério da Saúde - MS lançou uma nova versão do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Dant) 2021-2030, o qual objetiva a mitigação dos fatores de risco e promoção da saúde de qualidade, buscando conter as desigualdades no país.

Para além da teoria, a análise acerca das doenças crônicas assume contornos mais nítidos e humanos quando contextualizada em experiências concretas. Ao longo deste capítulo, serão demonstrados dois casos (um caso judicial e um relato) selecionados de pacientes que convivem com enfermidades de longa duração, cujos caminhos percorridos apresentam as nuances éticas implicadas na tomada de decisões, na salvaguarda da qualidade de vida e na autonomia individual. Com os casos, será realizada uma análise dos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e, principalmente, o respeito à autonomia do paciente em sua árdua jornada de enfrentamento da doença.

Entre os casos e relatos que poderiam ser discutidos, dá-se ênfase ao relato de Carolina Arruda Leite, uma jovem brasileira cuja existência foi radicalmente transformada pela Neuralgia do Trigêmeo. A vivência da jovem Carolina,

protagonizada por dores excruciantes, pelas tentativas negativas de múltiplos tratamentos e pela busca desesperada por alívio de seu sofrimento, proporciona um excelente cenário para analisar o conflito entre a intervenção médica e o anseio individual por autonomia. Seu percurso de vida servirá de exemplo para apresentar como a ética médica se concretiza na prática clínica e como o respeito à autonomia pessoal do portador de uma doença crônica torna-se uma base para o cuidado centrado totalmente no paciente.

4.1 Doença crônica: definição e características

A doença crônica vem atingindo cada vez mais os brasileiros e o mundo e, conseqüentemente, é preciso trazer para a saúde pública mais métodos e mecanismos cada vez mais tecnológicos, inovadores e eficazes para um melhor cuidado da pessoa com doença crônica. Para ter uma execução correta e adequada neste cenário, o Ministério da Saúde trouxe, mais uma vez, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Dant) 2021-2030, em nosso país, com o objetivo de evitar os fatores de risco das DCNT e para que seja promovida à população brasileira a saúde de qualidade, buscando dirimir desigualdades em saúde (Brasil, 2021).

São apresentados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e visto que em torno de 40% dos brasileiros, no ano de 2013, sofriam de pelo menos uma doença crônica não transmissível. Diz-se doença crônica não transmissível, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta duas classificações para as doenças crônicas, uma já mencionada anteriormente e outra chamada de doenças crônicas transmissíveis. É importante não confundir a doença crônica com a doença aguda, onde essa possui um início e resolução mais rápidos (UNA-SUS, 2014).

Recentemente, a OMS divulgou dados de mortalidade, no ano de 2019, em razão de doenças crônicas e, os números são alarmantes. Mundialmente, cerca de 70% das mortes ocorreram por DCNT, no Brasil 54,7% das mortes tiveram como responsáveis as DCNT (Ministério da Saúde, 2021).

Inúmeras são as definições de doença crônica e todas elas se moldam em significados semelhantes. Vejamos algumas definições. A OMS a define como doença que possui um processo demorado para se desenvolver e, portanto, a sua duração perdura no tempo, muitas vezes acompanhando a pessoa por toda sua

vida, necessitando, então, de determinado tratamento ou terapia longo e complexo (WHO, 2024).

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, estabelece que as doenças crônicas são aquelas que demonstram um começo vagaroso, porém com uma duração extensa ou irregular, que pode haver várias causas e cujo tratamento traga mudanças na qualidade e estilo de vida, em um assíduo processo de cuidados ininterrupto e do qual não se tem possibilidade de cura (Brasil, 2014).

As doenças crônicas se caracterizam por apresentar início e evolução paulatina, com diferentes causalidades que apresentam variação no tempo: hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos (Mendes, 2011).

Diante de todo o exposto, as características das doenças crônicas ficam mais elucidadas aos olhos dos leitores, mas para que não haja qualquer lacuna no entendimento de tais características, logo, é de bom senso apresentá-las: a longa duração (a maioria perduram por mais de seis meses ou até mesmo a vida inteira); o início gradual, onde o processo da doença se apresentar à pessoa é lento e os sintomas se desenvolvem ao longo do tempo; as múltiplas causas, que podem ensejar fatores genéticos, ambientais e comportamentais; o tratamento contínuo/ininterrupto, para controle dos sintomas, evitar complicações e possibilitar a melhora na qualidade de vida do paciente; e o impacto na qualidade de vida, que consequentemente o paciente deixa de realizar atividades cotidianas, relações sociais e principalmente, tem o bem-estar emocional desconcertado.

Ademais, é válido destacar que essas doenças não são transmitidas (como o próprio nome já sugere) de pessoa para pessoa, portanto, elas surgem a partir de um conjunto de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais.

Ainda, aponta-se os principais grupos de doenças crônicas, responsáveis pela maioria dos casos de morte no Brasil. É importante mencionar que tais doenças reduzem a qualidade de vida dos portadores em um grau baixíssimo. As doenças crônicas dividem-se em quatro principais grupos e nestes, os exemplos se darão apenas no sentido de doença incurável ou irreversível: cardiovasculares, neoplasias (câncer), respiratórias crônicas e metabólicas/diabetes. Nas doenças cardiovasculares são exemplos a Hipertensão, Infarto Agudo do miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ministério da Saúde, 2021).

No grupo das Neoplasias (câncer), doença onde ocorre o crescimento descontrolado das células, a menção específica não será realizada, pois dependerá do tipo e do estágio do câncer e, apesar de haver a possibilidade de tratamento será paliativo, ou seja, a doença configura-se como incurável. As doenças respiratórias crônicas são conhecidas como Asma, Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outras. Por fim, no grupo de doenças metabólicas/diabetes estão Diabetes tipo 1 e Diabetes tipo 2. Além disso, outros grupos se fazem presentes: doenças mentais e neurológicas/neurodegenerativas (Depressão, Ansiedade, Alzheimer, Parkinson, Neuralgia do Trigêmeo); doenças osteoarticulares (Osteoartrite, Osteoporose); e doenças renais crônicas, como por exemplo, a Hidronefrose, entre outras (Ministério da Saúde, 2021).

As doenças aqui mencionadas são apenas breves exemplos e não quer dizer que são somente essas existentes em cada grupo. Para essa monografia, serão consideradas as doenças crônicas incuráveis e/ou irreversíveis dos grupos supramencionados.

4.2 Caso selecionado e sua relação com a ética médica

O atual Código de Ética Médica (CEM18) contou com alterações e múltiplas versões, que foram sendo atualizadas conforme a realidade que era vivida em cada época. A primeira versão do referido código, no Brasil, surgiu em meados de 1929 e foi elaborada pelo movimento médico sindical. Até o presente momento, existiram outras cinco versões. O Código de 2010 apresentou ao longo de sua redação uma maior autonomia aos pacientes, com ênfase na garantia aos princípios bioéticos (Barros Júnior, 2019).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) tem por função normatizar e fiscalizar o exercício da medicina em nosso país, possuindo como objetivo principal defender o interesse público e a garantia da boa prática médica, sobrepondo a ética profissional dos médicos e a qualidade nos serviços de saúde prestados à sociedade. O CFM atua orientando a conduta dos profissionais, através de diretrizes, do código de ética e de resoluções que, além de outros assuntos, versam sobre temas análogos à eutanásia (Conselho Federal de Medicina, 2025).

Atualmente, vige o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 de 27 de setembro de 2018 (modificada pelas resoluções 2222/2018 e

2226/2019), elaborado pelo CFM, que leva como princípio fundamental o princípio da autonomia. Também, é regido em torno da atuação médica sempre em benefício do ser humano, prezando pelo seu bem-estar e jamais causando danos ou sofrimento (Conselho Federal de Medicina, 2019).

Torna-se imperioso ressaltar aqui, para que não haja omissão alguma acerca da temática, de forma objetiva, o outro lado do embate, a perspectiva da ética médica. Diante da ética médica são apontados fundamentos desta profissão, a qual tem por um dos fundamentos primários trabalhar toda vida em prol da vida e do ser humano, sem causar qualquer tipo de prejuízo ou sofrimento físico ou moral, extermínio da raça humana através dos conhecimentos da medicina de que se detém. Além disso, não é permitido ao profissional médico utilizar-se de seus conhecimentos para qualquer forma que permita ou encubra tentativas contra a dignidade e integridade da pessoa humana (Junior; Goulart, 2022).

Acerca da eutanásia, Souza (2022, p.129) diz que:

À medida que a medicina evolui e permite que novas vidas sejam salvas, surgem debates sobre dilemas éticos em se estabelecer a terminalidade da vida. A crítica principal é de que a formação médica é voltada a salvar vidas e não promover mortes. Por mais sofrimento que o paciente tenha, não cabe ao médico induzir a morte para ceifar sofrimento e dor, mesmo que sejam insuportáveis. Para a maioria das pessoas, não faz sentido que a mesma medicina que salva vidas possa fornecer esse tipo de alívio para o sofrimento dos doentes terminais. A morte não é um assunto fácil e aceito de ser discutido com naturalidade. Embora esperada, não é querida e nem desejada por muitos. O espanto que a sua chegada causa nas pessoas reflete a falta de preparo para lidar com o assunto. Assim, se a morte natural causa tormento em muitos, o ato de antecipá-la, mesmo que o objetivo seja para cessar o sofrimento e a dor do enfermo, é encarado como inadmissível.

Compreende-se do exposto acima que, a questão central do tema, tendo em vista o compromisso basilar da medicina ser a promoção da vida, reside em como harmonizar tal imperativo da ciência médica, considerando igualmente suas perspectivas biológicas e existencialmente digna, com a concessão profissional médico de um poder de decidir sobre a vida e a morte, possuindo como fundamentação única um diagnóstico, com o objetivo de jamais colidir com os valores da ética médica. A prática da eutanásia, ainda que por vias facilitadas, é vista como contrária aos princípios da medicina e defendido que jamais pode ser instrumentalizada para o extermínio da vida humana.

Tendo em vista a circunstância apresentada, ergue-se uma questão complexa referente a regulamentação adequada da eutanásia: como proteger o paciente de

decisões arbitrárias? Diante de uma situação hipotética da legalização da eutanásia neste país, surgiriam diversas indagações, como por exemplo, a quem caberia a responsabilidade e autoridade para decidir pela realização da prática ou não? Acredita-se que, com uma visão de mundo e complicações ou benefícios muito abrangentes, tal atribuição seria do profissional da medicina, visando ser o mais capacitado para essa deliberação, principalmente por carregar conhecimento técnico necessário.

Diante desse cenário, a configuração apresentada acima causaria o risco de comprometimento grave quanto a relação médico-paciente, visto que o paciente, ciente da possibilidade da situação de se tornar inconsciente ou em estado vegetativo e, dependente de uma declaração médica a respeito da sua dignidade sobre seu estado de saúde, acabaria tornando-se vulnerável à decisão unilateral do profissional responsável por seu caso e poderia acarretar na perda de confiança necessária para lhe confiar sua sobrevivência aos cuidados do médico. A confiança dessa relação terapêutica e a salvaguarda da autonomia do paciente são, à vista disso, pontos decisivos na discussão sobre a legalização da eutanásia.

Sendo assim, emerge mais um obstáculo quanto à legalização da eutanásia, mesmo que se venham a superar todos os argumentos e fundamentos jurídicos e morais que permeiam o debate sobre a prática da abreviação da vida, a ética médica - ao menos em sua conformação atual - impõe-se como um desafio adicional, de difícil superação, mas não impossível.

As práticas de eutanásia e distanásia são vedadas pelo Código de Ética Médica, mas não proíbe a ortotanásia. É o que se observa no artigo 41, do CEM¹⁷.

Destaca-se aqui, o tom controverso emitido por este artigo, vez que a orientação aos médicos é a “consideração” da vontade e escolha do paciente, resultando em uma compreensão de que a vontade deste não se faz absoluta perante a situação. Logo, essa vontade do paciente não é decisória e sim optativa pelo médico, que poderá decidir acatá-la ou não, sob o argumento de que outros valores e critérios devem se sobressair (Starling, 2021).

¹⁷ É vedado ao médico: [...] **Art. 41.** Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (Brasil, 2018).

O que se observa de imediato nesta Resolução é o fato de ela mencionar por diversas vezes o “perigo de óbito” de uma maneira que entone tal perigo como uma circunstância extraordinária, a fim de se destacar como uma situação superior à vontade expressa do paciente, acima de sua autonomia, desencadeando tal análise por meio da leitura do art. 22; art. 26 e art. 31¹⁸ da referida Resolução, que impõem restrições claras à atuação profissional. Tais dispositivos revelam um teor notavelmente restritivo da autonomia do paciente, pois este vê-se com o seu direito de autonomia limitado quando surge uma situação de possível desfecho fatal, ou seja, um possível resultado de morte, denotando indisfarçavelmente uma postura paternalista do documento, onde os profissionais devem, em sua prerrogativa médica, omitir informações concernentes a situação de saúde atual do paciente e, absurdamente, abraçando o argumento de que a revelação destas informações poderão ocasionar em eventuais prejuízos ao enfermo do caso concreto. Essa perspectiva foi observada perante o artigo 34¹⁹ da Resolução em pauta (Starling, 2021).

Ao mencionar explicitamente o art. 146, §3º, inciso I, do Código Penal, o qual estabelece e excetua o crime de constrangimento ilegal em intervenções médicas não desejadas pelo paciente, especialmente em circunstância de “iminente perigo de vida”, é visível a fundamentação da Resolução 2.232/2019 do CFM, a qual rege a conduta do profissional médico ante à recusa de tratamento pelo paciente (Starling, 2021).

De maneira a entender que o art. 11²⁰ desta Resolução desafia, de forma clara, a autonomia individual do enfermo, se faz perceptível a posição de extremo paternalismo adotada pelo CFM, já que opta-se por ignorar as vontades do paciente, sempre que a vida manifestar-se em modo de risco, mesmo que de alguma forma

¹⁸ **Art. 22.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

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

¹⁹ **Art. 34.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. (CFM; Código de Ética Médica, 2018).

²⁰ **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 (CFM; Resolução 2.232/2019).

surja a intenção de respeitar a vontade do paciente e, igualmente, seu envolvimento nas decisões (Starling, 2021).

Assim sendo, é de nosso entendimento que esses diplomas normativos e sua aplicação prática levantam profundas indagações éticas e jurídicas. É inaceitável que, sob o pretexto da preservação da vida, haja a aceitação de uma intervenção corporal em um paciente sem o seu consentimento válido, transfigurando o ato em potencial crime de lesão corporal ou constrangimento ilegal, a depender da casuística. A primazia do preceito hipocrático de "fazer o bem" não pode, sob nenhuma hipótese, suplantar o mandamento de "não causar mal", especialmente quando o "mal" se traduz na supressão da autonomia do paciente. A decisão sobre o que constitui o "bem" ou o "mal" para si deve permanecer intrinsecamente ligada ao indivíduo, e não ser delegada unilateralmente a um terceiro. A substituição da autonomia pela heteronomia, nesse contexto, representa um retrocesso significativo na evolução dos direitos do paciente e na construção de uma relação de cuidado verdadeiramente empoderadora e respeitosa.

À vista do exposto até aqui, é válido apresentar o caso judicial da paciente Ana Estrada, uma psicóloga peruana. Este caso, amplamente divulgado na mídia e em diversas fontes documentais confiáveis, foi selecionado pela profundidade ética e jurídica que encerra, além de representar um marco na luta pelo reconhecimento da autonomia privada em decisões de fim de vida na América Latina. Outro fator decisivo para a escolha foi a ampla disponibilidade de informações sobre o caso, fator que garante segurança e respaldo metodológico à análise desenvolvida neste trabalho.

O caso teve fim há pouco mais de um ano, em abril de 2024. Ana obteve seu diagnóstico de polimiosite, uma doença degenerativa e incurável, ainda na adolescência, aos 12 anos de idade, tendo como sintoma uma acentuada fraqueza muscular progressiva. A partir de então, após inúmeras tentativas de amenizar sua fraqueza e de tratamentos médicos, no ano de 2021 requereu à Suprema Corte do Peru a autorização para realizar a prática da eutanásia, mesmo tendo o conhecimento de que tal ato era proibido pela legislação do país. Apenas no ano de 2022 a Corte julgou procedente o pedido. Aos 45 anos de idade, no dia 21 de abril de 2024 por meio de injeção letal e indolor e com auxílio médico, o desejo de Ana foi realizado e, segundo sua advogada, a eutanásia foi efetuada seguindo o "Plano e

Protocolo de Morte Digna”, elaborado à Ana e aprovado pelo Seguro Social de Saúde do Estado peruano. Ana foi a primeira pessoa no país a ter o pedido de eutanásia autorizado (IBDFAM, 2024).

Nesse caso, compreendemos que o desfecho desejado de Ana Estrada vem até nosso conhecimento para demonstrar e iluminar de forma imprescindível as discussões contemporâneas que englobam a autonomia do paciente, a ética médica e concomitantemente os limites da legislação quanto ao sofrimento incurável do enfermo. O seu caso foi documentado como sendo a primeira eutanásia autorizada no país peruano, dando a importantíssima chance de uma redefinição profunda no que diz respeito as responsabilidades dos profissionais de saúde e do Estado perante as questões individuais e íntimas de cada pessoa.

É nosso entendimento, a partir do exposto, que é possível, através deste caso, diferente perspectiva quanto aos princípios da beneficência e da não maleficência, se considerarmos a ética médica e suas resoluções. De forma histórica, o princípio da beneficência vai ao encontro da preservação da vida humana por parte do médico, já o princípio da não maleficência impede o profissional médico de causar dano ao paciente. Entretanto, em situações como o caso de Ana Estrada, em que a dor e o sofrimento são diagnosticadas como incuráveis e irreversíveis, a manifestação pelo alívio da dor e o pedido da garantia de uma morte digna, através de vontade expressa e reiterada, são consideradas o ápice de ambos princípios, diante da decisão do tribunal e da elaboração do protocolo médico, pois demonstram uma flexibilização de interpretações, que tem por objetivo a harmonia entre a autonomia do paciente com as responsabilidades profissionais, apesar de advir uma legislação penal vedando, em primeiro momento, a prática da eutanásia. Esse caso ilustra a complexidade de conciliar as disposições legais e as diretrizes éticas em face de casos singulares que clamam por uma abordagem mais compassiva e individualizada.

4.3 Relato de experiência “Carolina Arruda”

Apesar de ser um tema de diversos pontos de vista, debates abrangentes em variadas áreas do conhecimento e não muito aceito e apreciado pela sociedade, a prática da eutanásia ainda é um dos pilares de esperança de pacientes com doenças crônicas para ter direito a uma morte digna e não ter o desprazer de

saborear do insuportável sofrimento no processo de terminalidade da vida. Com isso, é cabível e imperioso, trazer aqui o relato de um caso midiático brasileiro de uma portadora de doença crônica, que obteve grande repercussão nos meios comunicativos desde o ano passado (2024), doença essa conhecida por Neuralgia do Trigêmeo, buscando um último tratamento como opção de cessação das dores insuportáveis que vêm sentindo por longos anos. A paciente demonstra o desejo de morrer²¹, se não obter êxito em sua última tentativa de tratamento, conforme as informações expostas em sua rede social do Instagram (G1, 2024).

A seleção do relato de Carolina Arruda foi realizada devido a sua grande repercussão e comoção, além de haver complexidade jurídica, já que são abrangidos diversos direitos e possíveis controvérsias na interpretação da lei. Além disso, casos como esse são objetos de forte carga social e ética e contribuem nas implicações para a sociedade, nos debates relacionados à justiça, nos direitos individuais e coletivos, bem como busca a finalidade de expor o papel do sistema legal em situações assim. Além disso, optou-se por tal relato por ser um excelente exemplo de sofrimento humano em razão de doença crônica, o que colabora com a defesa da autonomia individual, que se busca através desta monografia, em determinadas situações.

Após criteriosa pesquisa em bases jurídicas e fontes confiáveis, como por exemplo Supremo Tribunal Federal e Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, não foi localizado qualquer registro de ação judicial movida por Carolina Arruda no Brasil relacionada à eutanásia ou ao exercício de seu direito à morte digna. Embora o caso tenha ganhado repercussão midiática e sensibilizado parte da sociedade pela gravidade de sua condição de saúde, não há indícios de que ela tenha ingressado formalmente com processo judicial pleiteando a prática de eutanásia ou a antecipação da morte sob amparo legal.

Inicialmente, antes de qualquer outro ponto deste assunto, deve-se compreender o conceito da doença Neuralgia do Trigêmeo, para que seja possível

²¹ Inclusive, em momentos distintos de diversas entrevistas oferecidas aos jornais de comunicação, a paciente conta que busca pela eutanásia e, em outras entrevistas revela que busca pelo suicídio assistido. Além disso, em sua rede social do Instagram ela usa a palavra eutanásia. Tais declarações não ensejam um posicionamento claro e objetivo da conduta que Carolina realmente deseja, mostrando certa dificuldade de se entender o que é buscado pela jovem, vez que a eutanásia e o suicídio assistido são práticas diferentes. Apesar de apresentar uma dubiedade nas declarações, aqui não se faz relevante a prática almejada, pois o caso serve apenas de exemplo de autonomia de uma paciente em situações de dor e sofrimento extremos.

obter um mínimo de perspectiva atinente ao relato. Conforme esclarece o Neurologista e Neurocirurgião Erich Fonoff em seu Blog Informativo (2025), a Neuralgia do Trigêmeo ou Nevralgia Trigeminal trata-se de uma síndrome dolorosa que ocorre demasiada dor no rosto e equipara-se a um choque elétrico ou fortes pontadas pelo rosto. A dor facial da doença em comento, geralmente tem origem em apenas uma região da face e em um lado só. Erich Fonoff (2025) afirma que essa doença consiste apresenta-se como uma dor neuropática, que surge devido a danos nos nervos, podendo ser tanto por disfunção quanto por lesão de um nervo.

Neste mesmo Blog Informativo, o médico Neurologista observa:

A forma típica ou “clássica” do distúrbio causa dor extrema, esporádica, queimação repentina ou dor facial semelhante a choque que dura de alguns segundos a até dois minutos por episódio. Esses ataques podem ocorrer em rápida sucessão, em surtos que duram até duas horas. Existe também a chamada forma “atípica”, bem menos comum, caracterizada por dor constante, queimação e pontadas de intensidade um pouco mais baixa do que a forma clássica. Ambas as formas de dor podem ocorrer na mesma pessoa, às vezes ao mesmo tempo. A dor por ser de forte intensidade, causa extremo desconforto, sofrimento e medo de haver a dor, sendo assim o motivo frequente de restrição de atividades e drástica perda na qualidade de vida. (Fonoff, 2025).

A Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS N° 01, de 22 de agosto de 2024, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, também conceitua a Neuralgia do Trigêmeo (e outras doenças) como uma doença Neuropática, que “acomete a área de inervação da estrutura nervosa atingida (nervo, tronco ou plexo)” (Brasil/Ministério da Saúde, 2024, p. 5).

O Neurologista Rodrigo Meirelles Massaud (2015), através do site do Hospital Israelita Albert Einstein, explica que:

A NT pode ser classificada em dois tipos. O clássico, que se divide em dois grupos, um relacionado à compressão do nervo por vasos sanguíneos tortuosos, que se encostam ao nervo trigêmeo, e o outro conhecido como forma idiopática onde não se encontra uma causa específica. O segundo tipo é chamado de neuropatia Trigeminal dolorosa, que está relacionado à lesão do nervo por outras causas como: tumores, doença da mielina (a capa do nervo), entre outras. (Massaud, 2015).

Depreende-se então, através dos conceitos apresentados, que a Neuralgia do Trigêmeo se trata de um quadro doloroso intenso e repentino afetando diretamente o nervo trigêmeo ou quinto nervo craniano, nervo este responsável pela transmissão das sensações do rosto para o cérebro. Os sintomas podem variar de dor facial leve a intensa, na maioria dos casos apresentando-se por mastigação, fala ou até escovação dos dentes.

Adentrando na pauta deste tópico, será exposto o relato de Carolina Arruda, hoje Médica Veterinária formada, após imensa luta para alcançar esse objetivo, mas que ainda sofre desesperadamente com a dor.

Carolina Arruda Leite, uma jovem brasileira, portadora da doença Neuralgia do Trigêmeo Bilateral (em seu caso específico, a doença afeta os dois lados da face), antes do seu diagnóstico, narra ser uma pessoa feliz e que amava a vida. Um de seus passatempos preferidos era andar de moto, o que hoje, infelizmente, não tem mais a liberdade de fazer devido a sua doença. Aos 16 anos, quando ainda estava no meio de uma gestação e recuperando-se de uma dengue, as dores começaram a se manifestar em seu cotidiano. Em seu pós-parto as dores se tornaram constantes, o que levou Carolina não ter mais condições de cuidar de sua filha a partir de seu primeiro ano de vida, obrigando-a entregar sua filha aos cuidados dos bisavós (G1, 2024).

Após passar por mais de 45 médicos tentando descobrir a origem de suas dores, somente com 20 anos de idade houve o diagnóstico da Neuralgia do Trigêmeo, quando consultou com o médico de seu bisavô que sofre da mesma doença. Carolina relata que não era capaz de fazer alguma coisa em razão da dor, nem mesmo tomar banho sozinha na maioria das vezes (G1, 2024).

Depois de ser diagnosticada, Carolina Arruda foi submetida a inúmeros tratamentos e quatro cirurgias, como Descompressão Microvascular, Rizotomia por balão e duas Neurólises por Fenolização. Sem sucesso. Sem efeitos positivos. Sem alívio da dor e sem qualidade de vida. A jovem faz uso de mais de 10 medicamentos, entre eles a morfina e o canabidiol, na tentativa de controlar a dor que ocorre diversas vezes ao dia (BBC News, 2024).

Há pouco mais de um ano, em seu último ano de faculdade, precisou interromper o sonho de tornar-se Médica Veterinária em consequência do aumento significativo das dores incessantes e insuportáveis. Neste ano de 2025, a jovem conseguiu se formar, mas ainda vive uma realidade dolorosa e relata que as limitações trazidas pela Neuralgia a fizeram perder o gosto pela vida. Atualmente, está tentando um novo tratamento. Em sua biografia do Instagram adicionou a seguinte frase: “não, eu ainda não desisti da ideia da eutanásia, mas estou tentando mais um tratamento, pela última vez.” (G1, 2024; Instagram @caarrudar, 2025).

De todo o já exposto, compreendemos que esse caso demonstra que mesmo diante de todas as limitações impostas por sua doença em seu cotidiano, Carolina ainda mantém a capacidade de tomar decisões sobre a sua própria vida, saúde e tratamentos, além de ser um excelente exemplo de toda complexidade que se atribui a autonomia privada em múltiplos contextos. O respeito à vontade do paciente deve se destacar em meio a tantos pontos cruciais de um caso tão intrincado e intenso, assim como é importante considerar que a doença em comento ocorre de forma intensa e debilitante para a paciente. A autonomia de Carolina na busca pela eutanásia/suicídio assistido deve ser considerada válida, vez que enfrenta dores intensas que afetam diretamente sua qualidade de vida, mas que ainda é capaz de expressar sua vontade de forma prévia, livre e consciente, pois possui todas as informações necessárias para decidir a terminalidade de sua vida da maneira que achar melhor.

É nosso entendimento, a partir do exposto, que a paciente se submeteu a inúmeros tratamentos e cirurgias sem efeitos, o que levou a ficar sem esperanças em seu caso de que um dia algo efetivamente terá êxito, pois nem mesmo os médicos sabem o motivo de tantas tentativas sem respostas. Diante de tantas negativas, Carolina entende que não possui mais controle sobre a sua própria dor, muito menos sobre sua qualidade de vida, mas ainda pode decidir sobre o fim de sua vida acontecer de maneira digna.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise do conteúdo destrinchado ao longo desse trabalho, foi possível verificar que, considerando as perspectivas jurídica, bioética, filosófica e social, a autonomia do paciente deve prevalecer, especialmente quando este, de maneira consciente, livre e informada, manifesta o desejo de abreviar seu sofrimento por meio da eutanásia, em virtude de uma situação clínica crônica, incurável e irreversível.

A hipótese central, que defende que a prevalência da autonomia privada manifestada por meio das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV's), se sobressai, mostrou-se verdadeira. Os alicerces constitucionais, especialmente o princípio da dignidade humana (art. 1º, III da CF) e o reconhecimento da autonomia como uma forma de liberdade pessoal, demonstram que o indivíduo deve ter garantido o direito

de decidir sobre sua existência, inclusive sobre o seu término, desde que tal escolha não prejudique e não gere danos a terceiros e esteja devidamente amparada por quesitos éticos e médicos rigorosos. O relato de experiência de Carolina Arruda ilustra, de forma tocante e clara, como é urgente reconhecer essas questões essenciais, mostrando que o sofrimento de alguém não pode ser só um número ou uma abstração jurídica.

Além disso, a segunda hipótese, apontando para a insuficiência do ordenamento jurídico brasileiro quanto à efetivação das DAV's, também se fez verdadeira. A falta de leis claras sobre a eutanásia e as normas pouco definidas para as decisões antecipadas dificultam, de fato, a liberdade de escolha do indivíduo, colocando o paciente em posição de vulnerabilidade frente a um sistema que ainda prioriza a manutenção da vida a qualquer custo, mesmo quando esta se encontra desprovida de qualidade e dignidade.

Assim, torna-se claro que o sistema legal brasileiro necessita repensar sua abordagem em relação à eutanásia, buscando fortalecer um Estado que seja laico de fato, diverso e dedicado aos direitos básicos. Defender a autonomia do paciente portador de doença crônica é defender a liberdade, a dignidade e a humanização do processo de morrer.

Dessa forma, é imprescindível reconhecer que o direito à vida, embora essencial, não pode ser interpretado de maneira isolada ou inflexível, desconsiderando as circunstâncias que cercam o sofrimento humano. Ou seja, nem mesmo o direito à vida pode ser considerado um direito absoluto. Além da visão de Barroso (2010), autores como Silvio Luís Ferreira da Rocha (2014) e Maria Helena Diniz (2010) também contribuem para a compreensão de que os direitos fundamentais devem ser interpretados em harmonia, e não como absolutos e isolados. A vida não se resume à mera existência biológica, mas compreende também a qualidade, a autonomia e a dignidade com que ela é vivida.

Em casos de doenças crônicas, incuráveis e irreversíveis, manter o paciente vivo a qualquer custo pode significar uma violação aos seus direitos mais íntimos, como o de decidir sobre seu próprio corpo, sua dor e seu destino. Negar a possibilidade de escolha consciente pela eutanásia é, em verdade, perpetuar uma forma de violência institucional, que impõe ao indivíduo a continuidade de um sofrimento desumano, sob o pretexto da proteção abstrata da vida. É necessário,

portanto, superar uma visão absolutista e idealizada da existência, adotando uma perspectiva mais humana, sensível e respeitosa às decisões individuais que envolvem o fim da vida.

Numa nação que se declara democrática e protetora das liberdades, é inaceitável negar a alguém o direito de decidir, de forma consciente e ponderada, por um fim digno perante um sofrimento extremo. Assim, este trabalho espera contribuir, ainda que modestamente, para a construção de uma sociedade mais empática, justa e comprometida com a autonomia e a dignidade de seus cidadãos até o último instante de suas vidas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Roberto Chacon de. **A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição holandesa**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 103, p. 357-378, jan./dez. 2008.

AMAECING, A. G. O.; FERREIRA, E. J.; OLIVEIRA, A. S. de; DUARTE, A. P.; FERREIRA, M. S. Ângelo. **Eutanásia: um debate entre vida e autonomia privada sob a ótica da dignidade da pessoa humana**. LIBERTAS: Revista de Ciências Sociais Aplicadas, [S. l.], v. 13, n. 2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.famig.edu.br/index.php/libertas/article/view/454>. Acesso em: 29 maio. 2025.

ARAGUAIA, Mariana. **"Barbitúricos"**; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/drogas/barbituricos.htm>. Acesso em 02 de maio de 2025.

ARANHA, Adalberto José de Camargo. **Da eutanásia**. São Paulo: Revista de Direito. Universidade Ibirapuera, volume 1, nº 1, 1998.

ARRUDA, Carolina. **Como era a vida de Carolina Arruda antes de se tornar a jovem com a "pior dor do mundo"**. [Entrevista cedida a] Anna Lúcia Silva. **G1**, jul. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2024/07/21/como-era-a-vida-de-carolina-arruda-antes-de-se-tornar-a-jovem-com-a-pior-dor-do-mundo.ghtml>. Acesso em: 22 set. 2024.

ASCOM SE/UNA-SUS. **57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica**. UNA-SUS, 16 dez. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/574-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>. Acesso em: 28 abril 2025.

AZEVEDO, Álvaro Ricardo de Souza Cruz. **O princípio da dignidade da pessoa humana e a efetividade dos direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROS JÚNIOR, Edemilson de Almeida. **Código de ética médica: comentado e interpretado**. Timburi, SP: Editora Cia do ebook, 2019. Disponível em: <https://saude.ufpr.br/epmufpr/wp-content/uploads/sites/42/2019/05/CEM-2018-EDMILSON-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em: 15 março 2025.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. Revista da EMERJ, Rio de Janeiro, v. 13, nº 50, 2010.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e**

Crítérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado. Brasília, 2010. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 20 março 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 4, de 2025.** Altera a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e a legislação correlata. Brasília, DF: Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9889356&ts=1742333124214&disposition=inline>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado n. 236, de 2012.** Dispõe sobre a reforma do Código Penal Brasileiro. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: 19 abril 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.** Brasília, 05 out. 1988.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. **Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017.** Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 out. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/decreto/d9175.htm. Acesso em: 05 junho 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 181, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 junho 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 fev. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 05 junho 2025.

BRASIL. **Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002.** Código Civil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 50, 2 abr. 2014.

Disponível em: <https://sintse.tse.ius.br/documentos/2014/Abr/2/para-conhecimento/portaria-nb0-483-de-1b0-de-abril-de-2014-redefine>. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Atenção Especializada à Saúde (SAES), de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS). **Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS Nº 1, de 22 de agosto de 2024**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 ago. 2024. Publicada no DOU de 23 ago. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-conjunta-saes-saps-sectics-ms-no-1-de-22-de-agosto-de-2024/view>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 8 fevereiro 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>). Acesso em: 12 dezembro 2024.

CAMPOS, Patrícia Barbosa; MEDEIROS, Guilherme Luiz. **A eutanásia e o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania, v. 2, n. 1, p. 1-42, 2011. Disponível em: https://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes/pdfs/patricia_drt_20111.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

CHAVES, Antônio. **Direito à vida e ao próprio corpo: intersexualidade, transexualidade, transplantes**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1986.

COITINHO, J.P.; COITINHO, Viviane Teixeira Dotto. **“Contrato Ulisses” ou diretivas antecipadas de vontade? O modelo adequado para a tomada de decisões livres e conscientes sobre a morte**. Olhares interprofissionais sobre a vida e a morte: mediação entre a vida e a terminalidade pelo Direito, Saúde e Bioética. 1ed. Porto Alegre: Fi, 2021, v., p.123-142.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.232/2019**, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Publicada no DOU de 16 de

setembro de 2019, Seção I, p. 113-4. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 21 maio 2025.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Samaritanus bonus**: sobre o cuidado das pessoas nas fases críticas e terminais da vida. Cidade do Vaticano, 14 jul. 2020. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_po.html. Acesso em: 11 outubro 2024.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Declaração do Vaticano sobre a Eutanásia**, de 5 de maio de 1980. Cidade do Vaticano: Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, 1980. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_po.html. Acesso em: 14 outubro 2024.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 6. ed. Indaiatuba, São Paulo: Foco, 2022.

DE CASTRO, Mariana Parreiras Reis *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Revista Bioética, v. 24, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?format=pdf&lan>. Acesso em: 2 set. 2024.

DIERICKX, Sigrid *et al.* Medicamentos usados para eutanásia: um estudo repetido de acompanhamento da mortalidade populacional em Flandres, Bélgica, 1998-2013. Revista de Gestão da Dor e Sintomas, v.56, ed. 4, p. 551-559. 2018. Disponível em: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30339-7/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(18)30339-7/fulltext). Acesso em: 5 fevereiro 2025.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 3º ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

EUTANÁSIA. In: **DICIONÁRIO** Online de Português. Porto: 7Graus, 2025. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/eutanasia/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

FABRIZ, Daury Cesar. **Bioética e Direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FONOFF, Erich. **Neuralgia do Trigêmeo: O que é, sintomas, tratamentos e causas**. [S. l.]: Dr. Erich Fonoff. Disponível em: <https://www.erichfonoff.com.br/neuralgia-do-trigemeo/>. Acesso em: 15 maio 2025.

GOMINHO, Leonardo Barreto Ferraz. **Reflexão jurídica sobre a eutanásia e o suicídio assistido sob a ótica do filme “Mar adentro”**. Jusbrasil, 5 jul. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/reflexao-juridica-sobre-a>

[eutanasia-e-o-suicidio-assistido-sob-a-otica-do-filme-mar-adentro/449373478](#). Acesso em: 08 junho 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA (IBDFAM). **Internacional: mulher morre por eutanásia no Peru; caso é o primeiro do país**. [S. l.], 24 abr. 2024. Atualizado em: 25 abr. 2024. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/11778/Internacional%3A+mulher+morre+por+eutana%C3%A1sia+no+Peru%3B+caso+%C3%A9+o+primeiro+do+pa%C3%ADs>. Acesso em: 25 maio de 2025.

KANT, V. Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. 2004, p. 79.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. **Morte: estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1975.

MACHADO, Simone. **Neuralgia do trigêmeo: como é conviver com a 'pior dor do mundo'**. **BBC News Brasil**, 5 jun. 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c4nn07d888wo>. Acesso em: 27 maio 2025.

MACÊDO, Marcos; CIOATTO, Roberta Marina. **EUTANÁSIA NA COLÔMBIA: DIREITO FUNDAMENTAL DA MORTE DIGNA**. Revista Direitos Humanos e Sociedade, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 48–67, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/dirhumanos/article/view/8659>. Acesso em: 9 junho 2025.

MASSAUD, Rodrigo. **Neuralgia do trigêmeo: a pior dor do mundo**. Hospital Israelita Albert Einstein, 9 abr. 2015. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/neuralgia-do-trigemeo-pior-dor-mundo>. Acesso em: 17 maio 2025.

MELLO, Marcos Bernardes de. **Teoria do Fato Jurídico: Plano da Validade**. São Paulo: Saraiva, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 20 março 2025.

MENDES, Gilian Santana de Carvalho; BUCAR, Carla Milena Queiroz. **O direito de morrer no direito comparado: volume 2**. Diálogos interdisciplinares no direito. Porto Alegre: Fi, 2018, p.89-109. Disponível em: <https://www.editorafi.org/472alonso>. Acesso em: 13 maio 2025.

MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

NETHERLANDS. **Government. Is euthanasia legal in the Netherlands?**. Disponível em: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed>. Acesso em: 8 jul. 2025.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2025-03/ONU_DireitosHumanos_DUDH_UNICRio_20250310.pdf. Acesso em: 07 junho 2025.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

RESENDE, Gabriela de Sousa; NEVES, Paola Zanola. **Eutanásia: O direito à morte digna**. Jusbrasil, 16 dezembro de 2022. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/eutanasia-o-direito-a-morte-digna/1721339159?_gl=1*m3mcaf*_gcl_au*Njc2NzM4NDY1LjE3NDgyOTQ5MTQuMjE0NjI0NzI0NC4xNzUxOTMzMzZlE3NTE5MzMzMzI.*_ga*MTkxMzQ0NTI2Ny4xNjQyMDE4MTQ2*_ga_QCSXBQ8XPZ*czE3NTE5MzE5NDMkbzlwOS. Acesso em: 07 junho 2025.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2009.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. Curitiba: Juruá, 2011, p.127.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro dos. **O equilíbrio do pêndulo, a bioética e a lei: implicações médico-legais**. São Paulo: Ícone, 1998, p. 43.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 31. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2009.

SOARES, André Marcelo M.; PIÑEIRO, Walter Esteves. **Bioética e Biodireito: uma introdução**. 2ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado; SOUZA, Renee do Ó. (Coord). **Direito médico**. Rio de Janeiro: Método, 2022 [2ª Ed.].

STARLING, Sheyla. **Direito à morte: argumentos para a regulamentação da eutanásia e do suicídio assistido no Brasil**. São Paulo: Editora Dialética, 2021.

SZTAJN, Rachel. **Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido**. São Paulo: Cultural Paulista – Universidade da Cidade de São Paulo, 2002.

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil: volume único**. 13. ed. Rio de Janeiro: Método, 2023.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

D'URSO, Luiz Flávio Borges. **A eutanásia no direito brasileiro**. Diário do Grande ABC, 6 abril de 2005. Disponível em: <https://www.oabsp.org.br/>. Acesso em: 5 maio 2025.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2º ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases**. [Genebra]: WHO, 23 dez. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 10 fevereiro 2025.

ZAMATARO, Yves A. R. **Eutanásia - direito a uma morte digna ou um crime?** Migalhas, 29 maio 2013. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/179433/eutanasia---direito-a-uma-morte-digna-ou-um-crime>. Acesso em: 14 fevereiro 2025.