

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

ERICK MOREIRA GARCEZ COSTA

**DA EUTANÁSIA SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS
HUMANOS FUNDAMENTAIS E DO BIODIREITO**

Campo Grande, MS
2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

ERICK MOREIRA GARCEZ COSTA

**DA EUTANÁSIA SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS
HUMANOS FUNDAMENTAIS E DO BIODIREITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Bruno Marini.

Campo Grande, MS
2025

DEDICATÓRIA

A Deus, pela força e sabedoria nos momentos desafiadores.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio constante e exemplos de vida que me moldaram.

À minha companheira, por ser meu porto seguro, pela paciência, compreensão e por compartilhar comigo os sonhos e as lutas.

À minha filha, minha maior inspiração, por renovar minhas energias e dar sentido a cada conquista.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho representa um marco importante em minha jornada acadêmica e pessoal, e não seria possível sem o apoio e a contribuição de pessoas fundamentais.

Primeiramente, agradeço a Deus, por guiar meus passos e me conceder a força e a perseverança necessárias para superar os desafios ao longo deste caminho.

Àqueles que me deram a vida, meus amados pais, Sra. Maria Beatriz e Sr. Marcos, dedico minha eterna gratidão. Pelo suporte incondicional, pelos ensinamentos que me prepararam para a vida e pelo amor que me sustenta em todos os momentos. Suas crenças em meu potencial foram essenciais para minha força e determinação.

À minha companheira, Angela, agradeço por ser a base de minha estabilidade emocional e meu maior incentivo. Sua paciência, compreensão, apoio inabalável e a capacidade de me motivar mesmo nos momentos mais difíceis foram cruciais para a conclusão deste trabalho. Compartilhar esta jornada ao seu lado torna cada conquista ainda mais valiosa.

À minha filha, Alice, a razão de meus esforços e a luz que ilumina meus dias. Seu brilho e alegria me impulsionam a ser uma pessoa e um profissional melhor a cada dia. Este trabalho também é para você, com a esperança de que inspire em seu futuro a busca pelo conhecimento e pela realização.

Ao meu orientador, Professor Bruno Marini, pela valiosa orientação, pela paciência em compartilhar seu conhecimento, pelas discussões enriquecedoras e pelo direcionamento preciso que foram essenciais para a estruturação e o aprofundamento deste trabalho. Sua expertise e disponibilidade foram fundamentais.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta conquista, meu sincero obrigado.

A existência precede a essência.

Jean-Paul Sartre

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda a eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos fundamentais e do biodireito no Brasil. O tema revela a tensão entre o direito à vida e a autonomia e dignidade humana diante do sofrimento terminal, expondo lacunas e desafios no ordenamento jurídico brasileiro, cuja legislação penal criminaliza a antecipação da morte. O objetivo geral da pesquisa foi investigar como o direito brasileiro lida com a eutanásia, ponderando-a à luz dos princípios bioéticos e constitucionais. A metodologia empregada incluiu pesquisa bibliográfica e documental, analisando a evolução histórica e constitucional do direito à vida, os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça aplicados ao fim da vida, os conflitos éticos e jurídicos no Brasil e experiências internacionais. Nos resultados constatou-se que, embora a eutanásia ativa seja criminalizada, a interpretação constitucional e bioética tem levado ao reconhecimento da ortotanásia e recusa de tratamento. Os conflitos persistem devido à rigidez legal, influências culturais e desigualdades sociais, destacando a urgência de um debate legislativo que harmonize a proteção da vida com a dignidade e a autonomia, priorizando a universalização dos cuidados paliativos como resposta justa e humana ao sofrimento na terminalidade.

Palavras-chave: Eutanásia. Biodireito. Direitos Humanos. Terminalidade. Dignidade Humana.

ABSTRACT

This undergraduate thesis addresses euthanasia from the perspective of fundamental human rights and biolaw in Brazil. The theme reveals the tension between the right to life and human autonomy and dignity in the face of terminal suffering, exposing gaps and challenges in the Brazilian legal system, whose criminal legislation prohibits hastening death. The general objective of the research was to investigate how Brazilian law deals with euthanasia, weighing it in light of bioethical and constitutional principles. The methodology used included bibliographic and documentary research, analyzing the historical and constitutional evolution of the right to life, the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice applied to end-of-life, the ethical and legal conflicts in Brazil, and international experiences. The results showed that, although active euthanasia is criminalized, constitutional and bioethical interpretation has led to the recognition of orthotanasia and treatment refusal. Conflicts persist due to legal rigidity, cultural influences, and social inequalities, highlighting the urgency of a legislative debate that harmonizes the protection of life with dignity and autonomy, prioritizing the universalization of palliative care as a just and humane response to suffering in terminality.

Keywords: Euthanasia. Biolaw. Human Rights. Terminality. Human Dignity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO DIREITO À VIDA.....	10
1.1 Evolução histórica e constitucional.....	10
1.2 Direito à vida no ordenamento jurídico brasileiro.....	15
1.2.1 Proteção constitucional.....	15
1.2.2 Implicações penais e jurisprudenciais.....	17
2 EUTANÁSIA E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS.....	21
2.1 Conceituação.....	21
2.1.1 Eutanásia ativa.....	22
2.1.2 Eutanásia passiva.....	25
2.1.3 Ortotanásia.....	28
2.1.4 Distanásia.....	28
2.2 Princípios Bioéticos Aplicados à Eutanásia.....	29
2.2.1 Autonomia e o Direito de Decidir sobre a Própria Vida.....	30
2.2.2 Beneficência e Não-Maleficência no Contexto da Terminalidade.....	33
2.2.3 O Princípio da Justiça e o Acesso a Cuidados Paliativos.....	36
2.2.4 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) como Exercício da Autonomia.....	38
2.3 Os Conflitos Éticos e Jurídicos da Eutanásia no Brasil.....	41
3 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E DEBATES COMPARADOS.....	44
3.1 Modelos de Regulamentação em Outros Países.....	44
3.1.1 Holanda.....	45
3.1.2 Bélgica.....	46
3.1.3 Canadá.....	47
3.1.4 Outras Abordagens.....	48
3.2 Debates e Desafios Comuns nos Modelos Regulamentados.....	50
3.3 Lições e Desafios para o Debate Brasileiro.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS FINAIS.....	58

INTRODUÇÃO

A eutanásia é um tema controverso que desperta intensos debates no âmbito jurídico, ético e bioético. Compreendida como a prática de abreviar a vida de um indivíduo, a eutanásia desafia os limites entre o direito à vida, a autonomia individual e o respeito à dignidade humana. No Brasil, esses direitos estão consagrados na Constituição Federal de 1988, sendo a vida protegida como direito fundamental inviolável, conforme seu art. 5º, e a dignidade humana destacada como fundamento da República, conforme o explicitado no art. 1º, III, da anteriormente mencionada Constituição. Contudo, o conflito entre a inviolabilidade da vida e a autonomia para decidir sobre o próprio destino expõe lacunas e desafios que necessitam de análise profunda.

A complexidade desse tema exige um estudo aprofundado, pois abrange questões que transcendem o campo jurídico, alcançando a filosofia, a bioética e os direitos humanos. A relação entre a proteção da vida e a garantia de uma existência digna levanta debates sobre a qualidade de vida e o papel do Estado na preservação ou limitação da autonomia individual. O avanço da medicina, que permite prolongar a vida em condições anteriormente inimagináveis, também trouxe à tona dilemas éticos relacionados ao sofrimento prolongado e à escolha de uma morte assistida, questionando até que ponto a manutenção da vida biológica é compatível com a dignidade humana.

O presente trabalho busca investigar como o ordenamento jurídico brasileiro lida com a eutanásia, considerando o papel do Direito Constitucional na proteção simultânea do direito à vida e à dignidade humana. A abordagem proposta parte da análise dos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, bem como de uma perspectiva crítica sobre a interpretação jurídica desses princípios no contexto brasileiro. Embora a legislação nacional não contemple a eutanásia, a jurisprudência e o debate bioético oferecem subsídios valiosos para refletir sobre a legitimidade e os limites dessa prática.

Além disso, o estudo dialoga com experiências internacionais, utilizando-as como subsídio para enriquecer a discussão no Brasil. Países como Holanda e Bélgica, onde a eutanásia é regulamentada, fornecem exemplos sobre as implicações legais, éticas e sociais dessa prática. A análise dessas experiências

busca contribuir para uma compreensão mais ampla e fundamentada do tema, respeitando as especificidades do contexto jurídico brasileiro. Ao mesmo tempo, o trabalho considera os valores culturais e religiosos que influenciam as discussões sobre o tema no Brasil, ressaltando a importância de um debate plural e inclusivo.

Assim, baseando-se por essa perspectiva de análise, este trabalho torna-se relevante não apenas para o Direito, mas também para a percepção social quanto ao tema, ao abordar questões centrais sobre a qualidade de vida, autonomia e o papel do Estado na regulação de temas sensíveis. A importância do tema também se reflete na necessidade de oferecer respostas jurídicas claras para situações de sofrimento irreversível, que afetam pacientes, famílias e indivíduos que detenham a tutela de pessoas naquelas condições. Assim, a pesquisa propõe uma análise jurídica crítica com escopo de buscar equilíbrio entre a proteção dos direitos fundamentais e as transformações sociais e culturais contemporâneas, contribuindo com o debate sobre a dignidade e o respeito à autonomia individual quanto ao domínio e controle no final da vida.

1 FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO DIREITO À VIDA

O direito à vida é a pedra angular de qualquer ordenamento jurídico que se pretenda protetivo da pessoa humana. Sua compreensão e alcance, no entanto, não são estáticos; evoluem com as transformações sociais, científicas e éticas. Neste capítulo analisará os alicerces jurídicos que sustentam a proteção da vida, desde suas origens filosóficas até sua consagração como direito fundamental no Brasil.

Será explorada a evolução histórica do conceito de vida no direito, passando pelas teorias contratualistas e pelas declarações de direitos, até a análise de sua proteção na Constituição Federal de 1988. Também serão abordadas as implicações penais da antecipação da morte no Brasil e como a jurisprudência tem se posicionado diante dos complexos dilemas de fim de vida, evidenciando as tensões entre a rigidez da norma penal e a interpretação ampliada dos direitos fundamentais, sobretudo o da dignidade humana.

1.1 Evolução histórica e constitucional

O direito à vida é um dos pilares fundamentais do ordenamento jurídico contemporâneo, sendo reconhecido como um dos primeiros direitos humanos a serem positivados. A sua proteção começou a se consolidar durante a transição do estado de natureza para o estado civil, conforme descrito pelos contratualistas, como Hobbes, Locke e Rousseau, que viam no direito à vida a base para a formação do pacto social.

A concepção do direito à vida encontra suas raízes em pensamentos filosóficos que marcaram o desenvolvimento das sociedades modernas, especialmente no contratualismo. Hobbes, em sua obra *O Leviatã*, argumenta que o estado de natureza é caracterizado pela constante ameaça à sobrevivência, onde a vida do homem é “solitária, pobre, desagradável, brutal e curta” (Hobbes, 2019). Para superar essa condição, os indivíduos consentem em delegar sua liberdade a um soberano, garantindo segurança coletiva e preservação da vida. Locke, por outro lado, apresenta uma visão mais otimista. Em seu *Segundo Tratado Sobre o Governo Civil*, defende que o direito à vida é inalienável e antecede a formação do Estado,

sendo este apenas um instrumento para sua proteção (Locke, 2001). Esse entendimento foi aprofundado por Rousseau, que no Contrato Social ressalta que o pacto político deve alinhar-se à vontade geral para assegurar não apenas a vida, mas também sua qualidade, em conformidade com a liberdade e igualdade de todos os cidadãos (Rousseau, 2002).

Abordando tal percepção nas questões inerentes a eutanásia, as teorias contratualistas trazem reflexões fundamentais sobre a relação entre o indivíduo e o Estado no que concerne ao direito à vida. Para Hobbes, a abdicação da liberdade individual em favor de um soberano tem como principal objetivo garantir a proteção da vida. No entanto, a visão de um poder absoluto levanta o questionamento: até que ponto o Estado pode impor a manutenção da vida contra a vontade do indivíduo, especialmente em situações de sofrimento extremo? Por outro lado, Locke, ao sustentar que o direito à vida é inalienável, introduz a noção de que o Estado deve respeitar a autonomia do indivíduo na condução de sua existência. Essa perspectiva dialoga com o princípio da autonomia individual defendido na bioética contemporânea, que reconhece o direito do paciente de tomar decisões sobre sua própria vida, inclusive acerca do fim dela. Já Rousseau, ao enfatizar que o pacto social deve refletir a vontade geral, levanta a questão de até que ponto a sociedade pode ou deve interferir nas escolhas individuais relacionadas à eutanásia, considerando que a dignidade humana e a qualidade de vida são interesses coletivos e universais.

Assim, observa-se um ponto de tensão no debate sobre eutanásia quando há uma abordagem reflexiva entre o contrato social e os direitos fundamentais. O Estado, enquanto guardião da vida, tem o dever de protegê-la, mas também deve respeitar os limites impostos pela dignidade e autonomia dos indivíduos. Nesse ponto, é válido levar em consideração que os pensamentos de Hobbes, Locke e Rousseau, embora desenvolvidos em contextos históricos distintos, possuem uma solidez teórica relevante para discutir os desafios éticos e jurídicos impostos pela eutanásia no ordenamento jurídico contemporâneo.

Indo um pouco mais adiante, vemos ainda que o direito à vida encontrou eco nas Declarações de Direitos que marcaram o Iluminismo e os movimentos revolucionários do século XVIII. Na Declaração de Independência dos Estados

Unidos, proclamada em 1776, o direito à vida foi destacado como um dos “direitos inalienáveis”, ao lado da liberdade e da busca pela felicidade. Esse documento, de natureza essencialmente política, representou um marco histórico ao reafirmar que “(...) todos os homens são criados iguais e dotados pelo Criador de certos direitos inalienáveis, que entre estes estão a vida, a liberdade e a procura da felicidade.” (EUA, 1776, tradução própria¹). A menção explícita ao direito à vida como fundamento para o rompimento com o colonialismo britânico demonstra sua centralidade nas reivindicações de autonomia e dignidade individual.

Houve ainda a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, promulgada no contexto da Revolução Francesa, onde o direito à vida aparece implicitamente vinculado aos ideais de liberdade e igualdade, dispondo em seu Artigo 1º que “Os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos; as distinções sociais só podem estar fundadas na utilidade comum”. Embora a declaração não o mencione de forma direta, o texto estabelece que os direitos naturais e imprescritíveis do homem incluem a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão, todos eles vinculados à garantia de existência digna. A proteção da vida é também evocada na proibição de práticas arbitrárias que coloquem em risco a segurança dos cidadãos, consolidando o papel do Estado como protetor da integridade física e moral dos indivíduos.

Verifica-se então, nesses documentos, a ideia de reafirmação do direito à vida como um princípio universal, inalienável e fundamental para a construção de sociedades justas. No entanto, suas formulações também refletem os limites e desafios que pode-se qualificar como atemporais, já que, respeitado o contexto histórico na qual estão inseridos, observa-se que o ponto central de discussões pode ser transposto para a realidade atual em, debates que considerem a relevância da autonomia individual na capacidade de autonomia decisória e de condução da vida individual, sendo um cerne emblemático nas discussões quanto a eutanásia.

No Brasil, o direito à vida ganhou maior concretude com a Constituição Federal de 1988, que o consagrou como um direito fundamental inviolável no artigo 5º. No entanto, a interpretação desse direito não se limita à sua dimensão biológica. A Carta Magna avançou ao associá-lo ao princípio da dignidade da pessoa humana,

¹ “(...) all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness.”

expresso no artigo 1º, III, ampliando a compreensão do direito à vida para abarcar não apenas a existência, mas também as condições que assegurem uma vida digna. Essa evolução reflete a adoção de um modelo de direitos fundamentais em que o respeito à dignidade se torna o núcleo central para a interpretação das normas constitucionais.

A dignidade humana, enquanto fundamento da República, tem sido interpretada como um valor essencial que permeia todas as decisões relacionadas à proteção da vida. Sob essa ótica, o direito à vida não pode ser tratado como absoluto, pois está intrinsecamente ligado à qualidade dessa vida. Situações de sofrimento extremo, doenças terminais e condições médicas irreversíveis colocam em xeque a ideia de que a simples preservação da vida biológica corresponde à garantia do direito constitucional à vida. Essa abordagem ganhou relevância com os avanços tecnológicos e científicos, que prolongaram a expectativa de vida, mas também trouxeram à tona dilemas éticos sobre a dignidade em situações de prolongamento artificial da existência.

Historicamente, a valorização da vida como elemento central do ordenamento jurídico evoluiu em paralelo às transformações sociais e culturais. Durante a Idade Média, por exemplo, a vida era entendida como um dom divino, cabendo apenas à divindade decidir sobre o seu término. Já na modernidade, com o avanço do racionalismo e do iluminismo, a vida passou a ser vista como um direito inerente à condição humana, cuja proteção caberia ao Estado. Essa mudança de paradigma foi essencial para consolidar o conceito de direitos fundamentais, sendo a vida o alicerce sobre o qual se constroem todos os demais direitos.

No contexto brasileiro, a consolidação do direito à vida e sua interpretação ampliada foram significativamente influenciadas por tratados internacionais de direitos humanos, que se tornaram pilares na construção de um ordenamento jurídico mais humanista. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 3º, consagra que “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (Organização das Nações Unidas, 1948). Essa formulação marcou um momento de transformação global ao reafirmar a vida como um direito inerente à dignidade humana, não se restringindo à mera existência biológica, mas incluindo condições que assegurem o pleno desenvolvimento do indivíduo. No Brasil, a

incorporação dessa perspectiva pela Constituição Federal de 1988 reforça o compromisso do país com a proteção universal dos direitos humanos, reconhecendo a vida como o alicerce de todos os outros direitos fundamentais.

Outro marco relevante foi a adesão do Brasil ao Pacto de San José da Costa Rica, também conhecido como Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Esse tratado, internalizado no ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 678/1992, dispõe em seu artigo 4º que “toda pessoa tem direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção” (Organização dos Estados Americanos, 1969). Embora o pacto adote uma perspectiva que enfatiza a proteção da vida desde seu início, ele também contempla o princípio da dignidade, criando uma conexão entre a preservação da vida e as condições que a tornam digna de ser vivida. Essa dualidade de proteção traz importantes reflexões sobre a eutanásia, especialmente em casos de sofrimento extremo e irreversível, onde a qualidade de vida assume um papel central.

No contexto brasileiro, a consolidação do direito à vida e sua interpretação ampliada também foram influenciadas por tratados internacionais de direitos humanos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o Pacto de San José da Costa Rica (1969), que destacam a proteção à vida como um direito inerente à pessoa humana. Esses instrumentos, incorporados ao ordenamento jurídico nacional, reforçam a ideia de que a proteção à vida deve ser integral, englobando não apenas a manutenção da existência física, mas também o acesso a condições que assegurem dignidade. Essa concepção ampliada orienta o ordenamento jurídico brasileiro a interpretar o direito à vida em consonância com os princípios éticos e sociais contemporâneos, reconhecendo que uma vida digna é essencial para a realização plena da condição humana.

Assim, a evolução histórica e constitucional do direito à vida no Brasil evidencia uma movimentação contínua para ampliação de sua interpretação, alinhando-se aos valores contemporâneos de dignidade e autonomia, que são reflexos consuetudinários da própria evolução social, demonstrando que o campo jurídico para discussões aprofundadas sobre questões como a eutanásia se encontra em uma posição relativamente fértil, uma vez que a jurisprudência e doutrina transpõe a inclinar-se a uma posição mais flexível no tocante ao

entendimento do assunto, cabendo análises mais sensíveis e objetivas das particularidades de cada caso.

1.2 Direito à vida no ordenamento jurídico brasileiro

No Brasil, a proteção da vida não é apenas um postulado ético, mas um princípio constitucional solidificado. Esta seção se dedicará a analisar o arcabouço jurídico nacional que garante o direito à vida, explorando sua consagração e interpretação à luz da Constituição Federal de 1988.

Serão abordadas a proteção constitucional expressa do direito à vida, seu caráter de cláusula pétrea e sua interconexão com o princípio da dignidade da pessoa humana. Além disso, a discussão se estenderá às implicações penais da antecipação da morte e à forma como a jurisprudência brasileira tem se posicionado diante dos complexos dilemas de fim de vida, buscando harmonizar a rigidez da legislação penal com os valores constitucionais e bioéticos.

1.2.1 Proteção constitucional

No ordenamento jurídico brasileiro, o direito à vida é garantido de forma explícita e robusta pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 5º assegura que "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". Essa disposição insere o direito à vida como fundamento essencial da convivência democrática, ao lado de outros direitos fundamentais que garantem o pleno exercício da cidadania.

O caráter de cláusula pétrea atribuído ao direito à vida, nos termos do artigo 60, § 4º, da Constituição, significa que ele não pode ser objeto de emenda constitucional tendente a aboli-lo. Isso assegura a supremacia desse direito no ordenamento jurídico, conferindo-lhe uma proteção ampliada e destacando sua posição central na hierarquia dos direitos fundamentais. Nesse sentido, pode-se afirmar que o direito à vida é o ponto de partida para o exercício de todos os demais direitos fundamentais. Nas palavras de José Afonso da Silva, a partir de sua análise da vida como objeto de direito:

Não intentaremos dar uma definição disto que se chama vida, porque é aqui que se corre o grave risco de ingressar no campo da metafísica suprarreal, que não nos levará a nada. Mas alguma palavra há de ser dita sobre esse ser que é objeto de direito fundamental. Vida, no texto constitucional (art. 5º, caput), não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante autoatividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica fias compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que' muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida. (2016, p. 199).

Como pode-se observar é um entendimento que amplia a visão de interpretação constitucional do direito à vida para além de sua mera proteção física, ao integrá-lo com a noção de dignidade humana. Tal perspectiva reconhece que a vida só se realiza plenamente quando acompanhada das condições que permitem sua vivência digna. Em um cenário de constantes avanços tecnológicos e científicos, essa visão constitucional se torna ainda mais relevante, ao exigir que os direitos fundamentais dialoguem com questões contemporâneas, como a eutanásia e os limites da autonomia individual.

Assim, a interpretação constitucional do direito à vida não deve se limitar à perspectiva de preservação biológica, devendo abranger ainda os aspectos que garantem uma existência digna. O Supremo Tribunal Federal tem reiterado, em diversos julgados, que a dignidade da pessoa humana é indissociável do direito à vida, devendo ser considerada em qualquer análise que envolva esse direito.

Quanto a isso, vê-se que o cerne central sobre a abordagem do direito à vida se estende em infinitas direções, que conseqüentemente sempre colocam algumas questões subjetivas em certas discussões, entrando em conflito com a necessidade do direito positivado em ter, ainda que com a devida maleabilidade necessária à sua boa aplicabilidade e necessária evolução, objetividade de regulamentação. Vejamos como o Ministro do STF, Luís Roberto Barroso, classifica tal direito:

(...) todos os ordenamentos jurídicos protegem o direito à vida. Como consequência, o homicídio é tratado em todos eles como crime. A dignidade preenche, em quase toda sua extensão, o conteúdo desse

direito. Não obstante isso, em torno do direito à vida se travam debates de grande complexidade moral e jurídica, como a pena de morte, o aborto e a eutanásia; (2020, p. 247).

Essa abordagem ampliada encontra respaldo em tratados internacionais de direitos humanos, como o já mencionado Pacto de San José da Costa Rica, que em seu artigo 4º estabelece que "toda pessoa tem direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção" (OEA, 1969). A incorporação desse tratado ao ordenamento jurídico nacional reforça o compromisso do Brasil com uma visão humanista do direito à vida, que integra a dignidade como elemento central.

Portanto, a proteção constitucional do direito à vida no Brasil vai além da mera proibição de sua violação, abordando um conjunto de garantias que asseguram a dignidade como valor intrínseco e indissociável. Esse entendimento, contudo, coloca desafios importantes em situações onde a preservação da vida pode entrar em conflito com outros valores, como a autonomia individual, que atualmente coloca o tema sob uma análise criteriosa, e ainda engessada, por parte do Poder Judiciário.

1.2.2 Implicações penais e jurisprudenciais

A proteção à vida no Brasil é complementada por um grande arcabouço penal, que reflete a visão tradicional da inviolabilidade desse direito. O Código Penal Brasileiro, em seu artigo 121, tipifica o homicídio como crime contra a vida, estabelecendo: "Matar alguém: Pena reclusão, de seis a vinte anos" (Brasil, 1940). A criminalização de atos que atentem contra a vida busca garantir sua proteção integral, posicionando o Estado como o principal tutor desse direito fundamental. O crime de homicídio, em sua forma simples, não prevê atenuantes para a motivação compassiva ou o consentimento da vítima, refletindo uma lógica de proteção da vida em si mesma, independentemente das circunstâncias que levam ao ato.

De forma complementar, o artigo 122 do mesmo diploma legal trata do auxílio ao suicídio, assim disposto: "Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão

corporal de natureza grave” (Brasil, 1940). A redação deste artigo já demonstra uma leve flexibilização em relação ao homicídio, reconhecendo a participação da vítima na própria morte, mas ainda assim criminaliza a conduta de quem a auxilia. É sob a ótica destes dois artigos (121 e 122) que a eutanásia ativa e o suicídio medicamente assistido são enquadrados no Brasil. A eutanásia ativa, onde o médico ou terceiro administra o meio letal a pedido do paciente, é geralmente tratada como homicídio (Art. 121). O suicídio assistido, onde o paciente administra a si mesmo o meio letal fornecido por um terceiro, é tipificado como auxílio ao suicídio (Art. 122).

Essas disposições penais, elaboradas em um contexto histórico e social diferente do atual, têm gerado debates intensos sobre sua aplicação em situações excepcionais, especialmente no contexto da terminalidade da vida e do sofrimento insuportável. A rigidez da norma penal confronta-se com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia individual, que, como observado, ganharam centralidade no ordenamento jurídico brasileiro e influenciam a interpretação de outros direitos fundamentais.

No campo jurisprudencial, ou seja, na forma como os tribunais brasileiros têm interpretado e aplicado essas leis, o cenário é complexo e, em relação à eutanásia ativa ou suicídio assistido, marcadamente restritivo. Dado que essas práticas são criminalizadas, há pouquíssimos casos que chegam aos tribunais com uma discussão direta sobre sua legalidade ou descriminalização. Quando casos semelhantes emergem, a tendência judicial tem sido aplicar a lei penal em sua literalidade, embora a discussão sobre a motivação e as circunstâncias (o "estado de necessidade" ou o "consentimento do ofendido" sob uma ótica humanizada) possa influenciar a dosimetria da pena ou a qualificação do crime (por exemplo, a depender da participação ativa do terceiro versus o mero auxílio).

Contudo, a jurisprudência brasileira tem demonstrado uma maior abertura para discussões relacionadas a outras decisões de fim de vida que dialogam com os princípios bioéticos e constitucionais, como a ortotanásia e o direito de recusa a tratamento. Embora a eutanásia ativa permaneça criminalizada, os tribunais têm reconhecido gradualmente o direito do paciente autônomo a recusar tratamentos que considere fúteis ou excessivamente onerosos, mesmo que a recusa leve à morte. Essa posição se alinha com o princípio da autonomia e com a interpretação

da dignidade humana como um valor que permite ao indivíduo ter controle sobre seu próprio corpo e processo de morrer.

Um exemplo significativo desse entendimento é o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3510, pelo Supremo Tribunal Federal. Embora o caso tratasse da pesquisa com células-tronco embrionárias, o tribunal abordou a relação entre a inviolabilidade da vida e outros valores constitucionais, como a dignidade humana e o progresso científico. Os ministros destacaram que o direito à vida não deve ser interpretado de maneira absoluta, mas sim em diálogo com outros princípios fundamentais. A ementa da decisão resume essa visão ao afirmar:

CONSTITUCIONAL. PESQUISA CIENTÍFICA E TERAPIA COM CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS HUMANAS. LEI Nº 11.105/2005 (LEI DE BIOSSEGURANÇA). [...] O princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88) confere uma visão ampliada do direito à vida, abarcando, além da mera existência biológica, a qualidade dessa existência. A Constituição da República não protege a vida de forma absoluta, mas pondera sua inviolabilidade com outros valores constitucionais. [...] As liberdades de pesquisa científica e de pensamento são garantias constitucionais, desde que observados os limites ético-jurídicos impostos pela dignidade humana. (STF, ADI 3510, Rel. Min. Carlos Ayres Britto, 2008).

Embora a eutanásia não tenha sido objeto direto do julgamento, o posicionamento adotado pelo STF tem implicações importantes para o tema, pois reconhece que a proteção da vida deve ser harmonizada com outros direitos e valores fundamentais. Essa interpretação reforça a ideia de que o direito à vida não se resume à mera preservação da existência física, mas inclui a dignidade e a qualidade dessa existência. No caso da eutanásia, essa abordagem pode ser vista como uma base teórica para debates sobre a autonomia individual em situações de sofrimento insuportável.

Ao extrapolar os limites da decisão, percebe-se que a jurisprudência brasileira está gradualmente avançando em direção a uma interpretação mais humanizada e contemporânea dos direitos fundamentais. A eutanásia, enquanto prática que envolve a terminalidade da vida, insere-se nesse debate, desafiando o sistema jurídico a compatibilizar a tutela da vida com a liberdade de escolha e a dignidade do indivíduo. A análise da ADI nº 3510 ilustra como a ponderação de valores pode conduzir a decisões mais equilibradas, que considerem não apenas o direito à vida

em sua dimensão biológica, mas também as condições que permitam uma existência digna e autônoma.

A legislação brasileira, no entanto, ainda se mostra rígida em relação à eutanásia, classificando-a como homicídio ou, em casos de facilitação ao cometimento dessa prática, auxílio ao suicídio. Essa postura contrasta com algumas experiências internacionais, como no caso de países como a Holanda e a Bélgica, onde a prática foi regulamentada com base em critérios que sopesaram a importância da autonomia do indivíduo, o sofrimento insuportável e o consentimento informado. A ausência de regulamentação objetiva no Brasil coloca os indivíduos, suas famílias e, em determinados casos, profissionais da saúde em uma zona de insegurança jurídica, o que materializa a necessidade de um debate mais aprofundado e normatização clara sobre o tema.

Além disso, as implicações penais e jurisprudenciais relacionadas ao direito à vida demonstram a complexidade do tema “eutanásia” no Brasil. A necessidade de harmonizar a legislação penal com os valores constitucionais segue um fluxo factual que não pode ser ignorado enquanto no campo do caráter dinâmico do direito, devendo acompanhar as transformações sociais e os avanços éticos e científicos. A jurisprudência, nesse sentido, tem papel fundamental na construção de uma interpretação que respeite os direitos fundamentais em sua totalidade, incluindo o direito à dignidade e à autonomia em situações de terminalidade da vida.

2 EUTANÁSIA E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

A eutanásia, em suas diversas formas e nuances, representa um dos mais complexos desafios para o Direito e para a Ética nos tempos atuais, especialmente no campo da saúde. Este capítulo se dedica a desvendar os conceitos intrínsecos à eutanásia e suas modalidades correlatas, como a ortotanásia e a distanásia, a fim de estabelecer um panorama claro das práticas de fim de vida que permeiam o debate atual.

Além da conceituação, a análise se aprofundará nos princípios fundamentais da bioética - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça - investigando como estes balizam, e por vezes tensionam, as discussões sobre o direito de decidir sobre a própria vida e a responsabilidade da sociedade e do Estado. Serão examinados os complexos conflitos éticos e jurídicos que emergem no cenário brasileiro a partir da interação desses princípios com a legislação e a realidade social.

2.1 Conceituação

A eutanásia é um conceito que abrange práticas voltadas para a antecipação do término da vida de indivíduos em situações de sofrimento extremo e irreversível, sob determinadas condições éticas e legais. A etimologia do termo deriva do grego eu (boa) e thanatos (morte), significando literalmente "boa morte" (Diniz, 2017, p. 521). Apesar da simplicidade do significado literal, o termo comporta diferentes modalidades, que variam em suas definições, implicações éticas e jurídicas.

Além de suas definições gerais, a eutanásia também é permeada por significados específicos que dialogam diretamente com os avanços da medicina e da bioética. Noções como a diferenciação entre a "boa morte" associada ao alívio do sofrimento e a "morte induzida" frequentemente geram discussões sobre os limites entre o natural e o artificial na condução da vida terminal, fazendo com que sua conceituação não se limite apenas à etimologia da palavra ou às práticas que engloba, mas também ao contexto em que ela é aplicada e às condições que a colocam em um ponto central como questão ética e jurídica no debate contemporâneo.

Dentro do tema eutanásia existem divisões em algumas modalidades que trazem pontos específicos a serem avaliados e discutidos. De maneira geral, ela pode ser classificada como ativa ou passiva, dependendo da forma como a morte é induzida ou permitida. Sob uma visão bem superficial, a eutanásia ativa envolve uma ação direta, como a administração de medicamentos letais, a passiva é caracterizada pela omissão de intervenções médicas que poderiam prolongar artificialmente a vida, havendo aqui uma distinção que reflete uma complexidade ética e jurídica, quando analisa-se o papel da intervenção estatal nessas práticas.

Além das classificações anteriormente mencionadas, há práticas relacionadas que complementam o debate, quais sejam a ortotanásia e a distanásia. A ortotanásia foca no respeito ao curso natural da morte, sem intervenções extraordinárias que prolonguem o sofrimento, enquanto a distanásia, muitas vezes criticada, é marcada pela obstinação terapêutica e pelo uso de meios artificiais para prolongar a vida mesmo em condições irreversíveis. Aqui temos pontos antagônicos dentro interessantes a serem observados, de um lado há a ação de ir ao encontro do fluxo normal da vida, do outro a intervenção força para manutenção do conceito teórico relacionado a vida, qual seja a manutenção do funcionamento biológico. Assim, não apenas ampliam-se as discussões sobre a eutanásia, mas se ramificam percepções a serem tomadas como circunstâncias que necessitam de soluções factíveis e, principalmente, humanizadas.

2.1.1 Eutanásia ativa

Quando se fala em eutanásia ativa, analisa-se uma modalidade que pode ser definida como uma intervenção direta que resulta na morte do paciente, geralmente por meio da administração de substâncias letais. Essa modalidade envolve a ação deliberada e intencional de médicos ou profissionais autorizados com o objetivo de abreviar a vida de pacientes que enfrentam sofrimento extremo, irreversível e sem perspectivas de cura. Em geral, quando se vislumbra na eutanásia ativa uma solução para uma condição sanitária irreversível, os fundamentos práticos giram em torno de princípios éticos que priorizam o alívio do sofrimento e o respeito à autonomia individual, considerando que o paciente, em pleno exercício de sua vontade, solicita a prática como uma alternativa ao prolongamento de uma condição

intolerável e quase sempre extremamente dolorosa, seja física ou mentalmente.

Um dos aspectos mais controversos da eutanásia ativa é a necessidade de ponderar a inviolabilidade do direito à vida em relação ao princípio da autonomia. Enquanto o direito à vida é amplamente considerado um dos pilares dos direitos fundamentais, sua proteção absoluta pode, em algumas circunstâncias, gerar conflitos com a vontade do indivíduo de encerrar sua existência de maneira digna. O dilema reside em determinar até que ponto o Estado tem legitimidade para impor a continuidade da vida biológica em detrimento da dignidade e da qualidade de vida do indivíduo.

No Brasil, a eutanásia ativa é expressamente proibida e equiparada ao crime de homicídio pelo Código Penal, conforme o artigo 121, que dispõe: "Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos". Essa tipificação reflete a visão conservadora do ordenamento jurídico nacional, que prioriza a preservação da vida em qualquer circunstância, ainda que a continuidade dessa vida represente sofrimento desproporcional para o indivíduo. Essa posição contrasta com a de países que regulamentaram a eutanásia ativa, como Holanda, Bélgica e Canadá, onde critérios rigorosos são aplicados para assegurar que a prática seja conduzida de forma ética e controlada. Nesse contexto, na obra *Princípios de Ética Biomédica*², Beauchamp e Childress destacam:

A eutanásia ativa levanta questões éticas profundas, pois exige a ponderação entre o direito à vida e a autonomia do paciente, confrontando o profissional de saúde com dilemas morais e legais que extrapolam os limites tradicionais do cuidado. (2019).

Os debates éticos em torno da eutanásia ativa frequentemente se concentram na figura do médico, que assume um papel central na prática. A participação de profissionais de saúde na realização de atos que resultam na morte do paciente levanta questões sobre o conflito entre os deveres éticos da profissão e o respeito à vontade do paciente. O juramento hipocrático, frequentemente citado nesses debates, apresenta o dilema em sua essência: enquanto o médico tem o dever de salvar vidas e aliviar o sofrimento, a eutanásia ativa pode ser vista como uma transgressão do princípio de não-maleficência, dependendo da interpretação

² Original: "Principles of Biomedical Ethics".

adotada.

Um outro aspecto relevante é que a eutanásia ativa suscita preocupações sobre possíveis abusos, especialmente em contextos onde a regulamentação não é rigorosa ou clara. Alguns críticos argumentam que, sem salvaguardas adequadas, a prática pode ser usada para justificar atos que não refletem a vontade real do paciente, especialmente em situações de vulnerabilidade econômica, social ou psicológica. Por outro lado, defensores da prática sustentam que regulamentações bem estruturadas, como as adotadas em países que legalizaram a eutanásia, oferecem proteção suficiente contra esses riscos, garantindo que o procedimento seja realizado apenas em circunstâncias justificáveis e com o consentimento do paciente.

A questão da eutanásia ativa também encontra forte resistência em virtude de valores culturais e religiosos. No Brasil, onde boa parte da população segue crenças que consideram a vida um dom divino, a prática é frequentemente vista como uma violação de princípios religiosos e morais. Esses valores influenciam significativamente as discussões políticas e legislativas, tornando difícil qualquer avanço em direção a sua regulamentação.

Embora proibida no Brasil, a eutanásia ativa continua a ser praticada de maneira informal em algumas situações, especialmente no âmbito familiar ou médico, onde decisões difíceis são tomadas sem o amparo da lei. Essas práticas informais, que raramente são reportadas, evidenciam a necessidade de um debate mais aberto e de uma abordagem regulatória que reconheça a complexidade do tema. Sem um arcabouço legal claro, tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde permanecem em uma posição de insegurança jurídica.

No contexto internacional, a eutanásia ativa é regulamentada em alguns países com critérios rigorosos. Na Holanda, por exemplo, o paciente deve apresentar um sofrimento insuportável e sem perspectivas de melhora, além de solicitar o procedimento de forma voluntária e informada. Um médico independente é frequentemente envolvido para confirmar a elegibilidade do paciente, garantindo a transparência do processo (Holanda, 2002, artigo 2º, 1). Esses exemplos mostram que a regulamentação é possível e pode ser implementada de forma a proteger os direitos e a dignidade de todas as partes envolvidas.

Logo, é essencial considerar que a eutanásia ativa não é apenas uma questão médica ou jurídica, mas também um reflexo das transformações sociais e culturais contemporâneas. À medida que a medicina avança e permite a manutenção da vida em situações antes impensáveis, as discussões sobre a terminalidade e a qualidade de vida tornam-se cada vez mais relevantes, que inclusive gera a barreira subjetiva da “esperança”, onde julga-se a possibilidade de uma condição atual de enfermidade que possa vir a ter uma solução factível futuramente, onde talvez o indivíduo por aquela afetado possa ser curado.

A partir dessa análise, vê-se que a eutanásia ativa representa um dos aspectos mais polêmicos e complexos do debate estrito referente ao ato eutanásia como um todo. Ao mesmo tempo que desafia os valores tradicionais de inviolabilidade da vida, ela força uma reconsideração ao significado de dignidade e autonomia na sociedade moderna, exigindo uma abordagem ampla que envolva não apenas o direito, mas também a medicina, a filosofia e a sociedade como um todo.

2.1.2 Eutanásia passiva

A eutanásia passiva se caracteriza pela omissão ou interrupção de tratamentos médicos que prolongariam a vida de um paciente, permitindo que a morte ocorra de forma natural. Ao contrário da eutanásia ativa, que envolve uma ação direta para provocar a morte, a eutanásia passiva é uma prática mais comumente aceita, pois reflete a aceitação do curso natural da vida. Essa modalidade frequentemente envolve decisões difíceis, como a suspensão de suporte vital, alimentação por sondas ou medicamentos que mantêm funções vitais, em casos onde o paciente se encontra em estado terminal ou em sofrimento irreversível.

A aceitação da eutanásia passiva está intrinsecamente ligada aos princípios bioéticos da beneficência e da não-maleficência. O princípio da beneficência reforça o dever de agir em benefício do paciente, minimizando seu sofrimento, enquanto a não-maleficência impede que ações médicas prolonguem um sofrimento desnecessário. Assim, a eutanásia passiva é frequentemente defendida como uma abordagem ética que respeita tanto a dignidade do paciente quanto os limites da medicina. De acordo, mais uma vez, com os filósofos americanos Beauchamp e Childress:

Permitir que a morte ocorra de forma natural, quando não há mais possibilidades terapêuticas eficazes, é uma demonstração de respeito à dignidade do paciente e ao reconhecimento dos limites éticos do cuidado. (2019)

A eutanásia passiva também envolve a autonomia do paciente, que tem o direito de recusar tratamentos que considere invasivos ou fúteis. Esse direito, reconhecido pela bioética e por legislações internacionais, reforça a ideia de que o paciente deve ter controle sobre as decisões relacionadas à sua saúde. A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, dispõe que:

É vedado ao médico:

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.

Assim, embora no Brasil não exista uma legislação específica que regule a eutanásia passiva, o Código de Ética Médica reconhece a autonomia do paciente, desde que suas decisões estejam fundamentadas e informadas, sendo assim uma modalidade com maior aceitação em virtude de sua aproximação com os cuidados paliativos e com a ideia de morte digna.

Um dos dilemas mais recorrentes relacionados à eutanásia passiva é a fronteira entre a omissão e a negligência médica. Enquanto a omissão intencional de intervenções fúteis pode ser considerada uma prática ética em casos de terminalidade, a negligência ocorre quando o médico deixa de prover cuidados essenciais ou de cumprir suas obrigações profissionais. Essa distinção exige que os profissionais de saúde adotem critérios claros e embasados em princípios bioéticos, evitando que decisões equivocadas sejam tomadas.

A prática da eutanásia passiva também está associada aos cuidados paliativos, que buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante de doenças terminais. Os cuidados paliativos, ao focarem no alívio do sofrimento, fortalecem a ideia de que a vida não deve ser prolongada a qualquer custo, mas vivida com dignidade. Assim, a eutanásia passiva surge como uma alternativa ética em situações onde a continuidade de tratamentos invasivos apenas perpetua o sofrimento do paciente. Nessa perspectiva, a autora Maria Helena Diniz

destaca:

Não se pode negar a paciente portador de mal incurável a prestação de cuidados médicos vitais, sem os quais ele morreria, nem renunciar a cuidados ordinários disponíveis, ainda que sejam parcialmente eficazes, nem deixar de tratar doente comatoso mesmo se não houver alguma possibilidade de recuperação. (2017, p. 525).

Apesar de sua maior aceitação ética, a eutanásia passiva ainda encontra resistência em sociedades com forte influência religiosa ou cultural, onde a retirada de suporte vital pode ser interpretada como um ato contrário aos princípios morais. No Brasil, essa resistência reflete a visão conservadora de parte da sociedade, que tende a associar qualquer forma de eutanásia à violação do direito à vida. No entanto, o crescente reconhecimento da dignidade humana como um princípio central no ordenamento jurídico tem contribuído para a abertura de debates mais profundos sobre o tema.

No contexto jurídico, a eutanásia passiva levanta questões importantes sobre a responsabilidade dos médicos e dos familiares nas decisões relacionadas à terminalidade da vida. Sem uma regulamentação específica, decisões como a suspensão de suporte vital permanecem sujeitas à interpretação judicial, criando uma zona de incerteza para os envolvidos. Essa lacuna legislativa reforça a necessidade de criar diretrizes claras e baseadas em princípios bioéticos, que orientem tanto os profissionais de saúde quanto o Poder Judiciário.

Assim, a eutanásia passiva, enquanto prática ética e frequentemente adotada, reforça a importância de um debate contínuo sobre os limites da intervenção médica e o respeito à dignidade humana. Sua aceitação gradual no âmbito bioético e jurídico destaca a relevância de discutir a terminalidade da vida de maneira responsável e fundamentada, considerando os direitos dos pacientes e os princípios éticos que regem a prática médica.

Por fim, é importante destacar que a eutanásia passiva não se trata de uma abdicação dos deveres médicos, mas sim de uma prática que busca alinhar as decisões clínicas aos valores e desejos do paciente. Ao respeitar a autonomia individual e ao reconhecer os limites éticos da medicina, a eutanásia passiva representa um avanço na humanização dos cuidados de saúde, promovendo uma abordagem mais compassiva e respeitosa para com aqueles que enfrentam o fim da

vida.

2.1.3 Ortotanásia

A ortotanásia é entendida como a prática que permite que a morte ocorra de forma natural, sem a adoção de intervenções médicas desproporcionais ou extraordinárias para prolongar artificialmente a vida. Diferentemente da eutanásia ativa, que envolve uma ação direta para abreviar a vida, a ortotanásia se fundamenta na aceitação do curso natural da morte. Essa prática é amplamente defendida no âmbito dos cuidados paliativos, uma vez que prioriza o bem-estar do paciente e sua dignidade nos momentos finais da vida.

No Brasil, a ortotanásia não é tipificada como crime, especialmente após a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regula a suspensão de tratamentos desproporcionais em pacientes terminais, desde que respeitados os princípios da bioética. Segundo a resolução:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (CFM, 2006).

A ortotanásia valoriza o princípio da beneficência, priorizando o alívio do sofrimento, e o princípio da autonomia, ao respeitar as decisões do paciente e de seus familiares. Essa prática também reflete a rejeição da chamada “obstinação terapêutica”, caracterizada pela tentativa de prolongar a vida a qualquer custo, mesmo quando o sofrimento se torna intolerável. Assim, a ortotanásia se apresenta como uma alternativa ética e humanizada à prolongação artificial da vida, reafirmando a importância da dignidade humana.

2.1.4 Distanásia

A distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica ou encarniçamento terapêutico, caracteriza-se pelo prolongamento excessivo e artificial da vida, mesmo em situações de sofrimento extremo ou ausência de perspectiva de

recuperação. Essa prática é amplamente criticada no âmbito da bioética por sua incompatibilidade com os princípios de beneficência e não-maleficência, uma vez que prolonga o sofrimento sem oferecer uma melhoria na qualidade de vida do paciente.

Tal modalidade frequentemente ocorre em contextos hospitalares, onde o avanço tecnológico possibilita a manutenção da vida biológica por meio de equipamentos e intervenções invasivas. Embora o objetivo inicial seja preservar a vida, muitas vezes essa prática resulta na negação da dignidade do paciente. Como apontado por Dworkin:

Os médicos dispõem de um aparato tecnológico capaz de manter vivas - às vezes por semanas, em outros casos por anos - pessoas que já estão a beira da morte ou terrivelmente incapacitadas, entubadas, desfiguradas por operações experimentais, com dores ou no limiar da inconsciência de tão sedadas, ligadas a dúzias de aparelhos sem os quais perderiam a maior parte de suas funções vitais, exploradas por dezenas de médicos que não são capazes de reconhecer e para os quais já deixaram de ser pacientes para tornar-se verdadeiros campos de batalha. (2003, p. 252).

No Brasil, a distanásia ainda não é amplamente regulamentada, mas o debate ético e jurídico tem ganhado força, especialmente no âmbito dos cuidados paliativos. A adoção de protocolos que evitem a obstinação terapêutica é essencial para garantir que o direito à vida seja harmonizado com a dignidade humana e a autonomia do paciente. Nesse sentido, os profissionais de saúde são frequentemente desafiados a equilibrar os avanços tecnológicos com os princípios éticos, reconhecendo os limites da medicina e priorizando o bem-estar do paciente.

2.2 Princípios Bioéticos Aplicados à Eutanásia

A bioética, campo interdisciplinar que se dedica à análise ética de questões envolvendo a vida e a saúde, desempenha um papel crucial na avaliação das práticas de fim de vida, como a eutanásia, a ortotanásia e a distanásia. Ela fornece um arcabouço conceitual para ponderar os complexos dilemas morais e éticos que emergem quando os avanços médicos possibilitam o prolongamento da vida, mesmo diante de sofrimento irreversível e ausência de perspectivas de cura. A

discussão bioética não busca oferecer respostas absolutas, mas sim orientar decisões e políticas públicas com base em princípios que visam o bem-estar do indivíduo e o respeito à sua dignidade.

Dentre os diversos princípios que norteiam a bioética, quatro são considerados pilares fundamentais, especialmente no contexto da tomada de decisões clínicas: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Conforme sistematizado por Beauchamp e Childress, estes princípios oferecem uma base para analisar as situações concretas, identificar os valores em conflito e buscar soluções eticamente defensáveis (Beauchamp; Childress, 2019). No debate sobre a eutanásia, a aplicação desses princípios é particularmente desafiadora, pois eles frequentemente se tensionam, como no embate entre a autonomia do paciente em decidir sobre o fim de sua vida e o dever de não causar dano (não-maleficência) ou o compromisso com a proteção da vida (beneficência, em uma interpretação protetiva).

A análise desses princípios é essencial para compreender as diferentes posições éticas e jurídicas em relação à eutanásia, tanto em nível individual (na relação médico-paciente-família) quanto em nível social e legislativo. A forma como cada sociedade e seu ordenamento jurídico interpretam e priorizam a autonomia do indivíduo, o alívio do sofrimento, a proteção contra danos e a distribuição equitativa dos recursos e cuidados de saúde influencia diretamente a permissão ou proibição de tais práticas. No Brasil, essa discussão é ainda mais complexa, inserida em um contexto constitucional que eleva a dignidade da pessoa humana a fundamento da República e protege a vida como direito fundamental (Brasil, 1988), ao passo que a legislação penal se mantém rígida em relação à antecipação da morte (Brasil, 1940), embora a bioética e a jurisprudência já sinalizem a necessidade de ponderação (Barroso, 2020; Diniz, 2017).

2.2.1 Autonomia e o Direito de Decidir sobre a Própria Vida

O princípio da autonomia individual constitui um dos pilares fundamentais da bioética, conforme amplamente discutido na obra de Beauchamp e Childress (2019). Este princípio reconhece e valoriza a capacidade do indivíduo racional em tomar

decisões livres e informadas sobre sua própria vida, especialmente no que concerne à sua saúde e bem-estar. Em essência, a autonomia confere ao paciente o direito de autogoverno, permitindo-lhe escolher entre diferentes opções terapêuticas, recusar tratamentos - mesmo aqueles que poderiam prolongar a vida - e, no limite da discussão bioética sobre a terminalidade, manifestar sua vontade sobre o processo de morrer.

Historicamente, a prática médica foi marcada por um modelo paternalista, no qual o médico detinha o conhecimento e a autoridade para decidir o que era melhor para o paciente. A ascensão da bioética e dos direitos humanos, contudo, promoveu uma transição paradigmática. O paciente deixou de ser um receptor passivo de cuidados para se tornar um agente moral com direitos e deveres, capaz de participar ativamente das decisões que afetam seu corpo e sua vida. A exigência do consentimento informado, por exemplo, é uma manifestação direta do reconhecimento da autonomia do paciente na relação clínica, garantindo que as escolhas sejam feitas com base em informações claras, completas e compreensíveis (Beauchamp; Childress, 2019).

No contexto das decisões de fim de vida, a autonomia assume uma relevância particular. Para indivíduos que enfrentam doenças terminais, incuráveis e que causam sofrimento insuportável, a capacidade de decidir sobre as circunstâncias de sua morte pode ser vista como a última expressão de controle sobre uma vida que se esvai. O desejo de evitar a dor prolongada, a perda da dignidade física e mental, ou a dependência total de terceiros leva muitos a considerar a antecipação da morte como um exercício legítimo de sua autodeterminação. Ronald Dworkin, em sua obra "Domínio da Vida", argumenta que a autonomia não se limita à capacidade de fazer escolhas racionais no presente, mas também inclui a capacidade de determinar o que acontece com a própria vida ao longo do tempo, conferindo ao indivíduo um "domínio" sobre ela que se estende ao seu fim (Dworkin, 2003).

A aplicação do princípio da autonomia à questão da eutanásia, no entanto, gera um intenso debate e confronto com outros valores e princípios, notadamente o direito à vida e o dever estatal de protegê-la. Enquanto a Constituição Federal de 1988 consagra a vida como direito fundamental inviolável (Art. 5º, caput), a mesma

Carta Magna eleva a dignidade da pessoa humana a fundamento da República (Art. 1º, III). A dignidade, nesse contexto, não se limita à mera existência biológica, mas abrange as condições para uma vida plena e, no seu fim, para um morrer digno (Barroso, 2020; Silva, 2016). A tensão surge quando a preservação da vida biológica, a qualquer custo e em meio a sofrimento atroz, parece colidir com a dignidade do indivíduo e sua vontade autônoma de pôr fim a essa condição.

Apesar do forte reconhecimento da autonomia na bioética contemporânea e do crescente debate sobre o morrer digno no Brasil, o ordenamento jurídico pátrio mantém uma postura restritiva em relação à eutanásia ativa, equiparando-a ao homicídio (Brasil, 1940, art. 121). Esta rigidez legal reflete uma primazia da proteção da vida como valor absoluto, em detrimento da autonomia individual em situações de terminalidade. Contudo, a prática da ortotanásia, que permite a limitação ou suspensão de tratamentos fúteis que apenas prolongam o sofrimento, encontra respaldo em resoluções dos conselhos profissionais, como a Resolução CFM nº 1.805/2006, que, embora não legalize a eutanásia, reconhece implicitamente a vontade do paciente terminal em não ter sua vida artificialmente prolongada (CFM, 2006). Essa distinção legal e ética entre eutanásia e ortotanásia demonstra a dificuldade em traçar fronteiras claras e a contínua tensão entre o dever de preservar a vida e o respeito à autonomia e dignidade do paciente terminal.

Para que a decisão de um indivíduo sobre o fim de sua vida seja considerada autônoma no sentido bioético, é fundamental que ela atenda a critérios rigorosos, incluindo a capacidade de decisão - competência mental -, a plena informação sobre seu estado de saúde, prognóstico e alternativas - consentimento informado qualificado - e a voluntariedade - livre de coerção, pressão ou vulnerabilidade indevida - (Beauchamp; Childress, 2019). A avaliação desses critérios em pacientes terminais, frequentemente debilitados fisicamente e emocionalmente, apresenta desafios complexos para os profissionais de saúde e para o sistema legal. O medo do sofrimento, a dependência, a solidão e a pressão - mesmo que sutil - podem influenciar a manifestação de vontade, levantando preocupações legítimas sobre a genuinidade do exercício da autonomia. A complexidade em assegurar que o desejo de morrer parta de uma escolha verdadeiramente livre e informada é um dos principais argumentos utilizados contra a legalização da eutanásia.

O debate sobre a autonomia no fim da vida também dialoga com as reflexões dos contratualistas clássicos, como Locke e Rousseau (Locke, 2001; Rousseau, 2002). Enquanto Locke defendia direitos naturais inalienáveis, incluindo a vida, que o Estado deve proteger, Rousseau postulava que o pacto social deveria refletir a vontade geral, buscando o bem-estar de todos. Transportar essas ideias para o debate da eutanásia levanta questões sobre até que ponto a vontade individual de terminar a vida se alinha ou se contrapõe ao interesse coletivo ou ao dever do Estado de proteger a vida de todos os seus cidadãos. Hobbes, por sua vez, via a superação do estado de natureza - marcado pela constante ameaça à vida - pela entrega da liberdade a um soberano como forma de garantir a segurança e a preservação da vida (Hobbes, 2019). Essa perspectiva hobbesiana tende a reforçar o papel protetor do Estado em relação à vida, potencialmente limitando a extensão da autonomia individual no que tange ao seu término.

Em suma, o princípio da autonomia é central para a discussão da eutanásia, postulando o direito do indivíduo de decidir sobre as circunstâncias e o momento de sua morte em face de sofrimento insuportável e irreversível. Contudo, sua aplicação prática e reconhecimento legal no Brasil são complexos, confrontando-se com a proteção constitucional da vida e a legislação penal restritiva. A tensão entre a autonomia do paciente, a dignidade humana e o dever estatal de proteção da vida exige uma ponderação cuidadosa, que será melhor compreendida ao analisarmos os outros princípios bioéticos e os conflitos específicos que surgem no contexto brasileiro.

2.2.2 Beneficência e Não-Maleficência no Contexto da Terminalidade

Os princípios da beneficência e da não-maleficência são componentes intrínsecos da ética médica e da bioética, fundamentando o dever dos profissionais de saúde de agir em benefício do paciente e, primordialmente, de evitar causar-lhe dano. Beauchamp e Childress (2019) articulam esses princípios de forma clara: a não-maleficência impõe a obrigação de não infligir mal intencionalmente, enquanto a beneficência exige ações que promovam o bem e previnam ou removam o mal. Historicamente, a máxima "*Primum non nocere*" - Primeiro, não causar dano - tem

sido a pedra angular da prática médica, orientando a conduta clínica para a segurança e a integridade do paciente.

Em situações de saúde rotineiras, a aplicação desses princípios parece relativamente direta: o médico deve propor tratamentos eficazes para curar a doença - beneficência - e evitar procedimentos desnecessários ou arriscados - não-maleficência -. No entanto, o cenário da terminalidade da vida introduz uma camada significativa de complexidade, onde a definição de "bem" e "dano" torna-se menos clara e frequentemente conflituosa. Quando a cura não é mais possível e o paciente enfrenta sofrimento intenso e irreversível, a manutenção da vida biológica por si só pode ser vista não como um "bem" absoluto, mas sim como um prolongamento do "dano" na forma de dor, perda de autonomia e degradação da dignidade.

Nesse contexto, a beneficência pode adquirir uma nova dimensão. O "bem" a ser buscado passa a ser a minimização do sofrimento e a garantia do conforto e da dignidade nos momentos finais, em vez da mera extensão da sobrevivência biológica. A não-maleficência, por sua vez, impõe o dever de evitar a obstinação terapêutica - distanásia -, que é amplamente criticada na bioética por infligir sofrimento fútil e desnecessário ao paciente terminal (Diniz, 2017; Dworkin, 2003). A aplicação rigorosa da não-maleficência no fim da vida sugere que tratamentos que não oferecem benefício real ao paciente - como a cura ou a melhora significativa da qualidade de vida - e que apenas prolongam o processo de morrer dolorosamente devem ser evitados.

A distinção entre eutanásia ativa e passiva, e a aceitação da ortotanásia no debate bioético e em algumas normativas profissionais brasileiras, ilustra essa reinterpretção dos princípios. A eutanásia ativa - ato direto para causar a morte - é frequentemente vista como uma violação da não-maleficência na sua interpretação mais tradicional - "não matar" - e da beneficência na sua vertente de "proteger a vida". Contudo, defensores argumentam que, em casos de sofrimento refratário e a pedido do paciente autônomo, a antecipação da morte é, paradoxalmente, um ato de beneficência - libertar do sofrimento extremo - e de não-maleficência - evitar a perpetuação do dano da dor e da indignidade -. Esta é uma das principais fontes de tensão no debate sobre sua legalização.

Por outro lado, a eutanásia passiva - omissão ou interrupção de tratamentos -

e a ortotanásia - permitir o curso natural da morte, sem intervenções fúteis - são vistas por muitos como mais alinhadas com os princípios da beneficência e não-maleficência no contexto da terminalidade. Ao suspender tratamentos que apenas prolongam o sofrimento sem esperança de recuperação, os profissionais de saúde evitam causar dano adicional (não-maleficência) e agem em benefício do paciente, permitindo que a morte ocorra de forma mais natural e, potencialmente, com menos dor e maior dignidade - beneficência -. A Resolução CFM nº 1.805/2006, que autoriza médicos brasileiros a limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente terminal e incurável, desde que assegurados os cuidados paliativos, reflete essa compreensão, priorizando o alívio dos sintomas e a dignidade sobre a manutenção artificial da vida (CFM, 2006).

O papel dos cuidados paliativos é fundamental para conciliar os princípios da beneficência e não-maleficência com a realidade da terminalidade. Focados no alívio da dor, no controle de sintomas, no suporte psicológico e espiritual ao paciente e seus familiares, os cuidados paliativos buscam ativamente promover o "bem" e evitar o "dano" nas fases finais da vida, sem recorrer a tratamentos fúteis que prolonguem o sofrimento (Diniz, 2017). Essa abordagem é vista como a expressão máxima da beneficência e não-maleficência em pacientes incuráveis, oferecendo uma alternativa humana e ética à distanásia e respondendo de forma compassiva aos desafios impostos pela terminalidade.

No ordenamento jurídico brasileiro, a proibição da eutanásia ativa - equiparada ao homicídio - Art. 121, CP - demonstra uma priorização da não-maleficência na sua interpretação mais restrita de "não matar", mesmo que isso signifique, em alguns casos extremos, o prolongamento do sofrimento. Contudo, a aceitação da ortotanásia por meio de normativas infralegais e o crescente reconhecimento da importância dos cuidados paliativos indicam um movimento no sentido de reinterpretar a beneficência e a não-maleficência no contexto da terminalidade, alinhando-as ao princípio da dignidade da pessoa humana. A tensão permanece no limite: até onde a proteção da vida biológica deve se sobrepor ao dever de aliviar o sofrimento, especialmente quando o paciente autônomo manifesta o desejo de antecipar o fim? A ponderação entre o dever de não causar dano - ao não matar - e o dever de aliviar o sofrimento - ao permitir a morte digna ou até

mesmo assisti-la - constitui o cerne do dilema bioético e jurídico.

Portanto, a aplicação dos princípios da beneficência e não-maleficência no fim da vida revela a necessidade de ir além de interpretações simplistas. Exige uma análise cuidadosa da situação clínica, do prognóstico, do sofrimento do paciente e, crucialmente, de sua vontade autônoma. A busca pelo "bem" e a evitação do "dano" na terminalidade devem considerar a totalidade da experiência humana, não apenas a funcionalidade biológica, buscando garantir que o processo de morrer seja o mais humano e digno possível.

2.2.3 O Princípio da Justiça e o Acesso a Cuidados Paliativos

O princípio da justiça, no âmbito da bioética, concentra-se na distribuição equitativa dos recursos, benefícios e encargos dentro de uma sociedade, bem como no tratamento justo e imparcial dos indivíduos. Em saúde, isso se traduz na garantia de que todos tenham acesso igualitário a cuidados médicos de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica, raça, gênero, localização geográfica ou qualquer outra característica arbitrária. Beauchamp e Childress (2019) destacam que a justiça distributiva na área da saúde exige a formulação de critérios justos para alocar recursos escassos e a garantia de que as políticas de saúde não perpetuem ou criem desigualdades.

No contexto do fim da vida e do debate sobre a eutanásia, o princípio da justiça levanta questões cruciais sobre quem tem acesso a que tipo de cuidado e a que tipo de "morrer". Se a dignidade humana (Barroso, 2020; Silva, 2016), um dos fundamentos da República brasileira (Brasil, 1988, art. 1º, III), é um valor que deve ser assegurado a todos, isso implica garantir as condições para uma vida digna e, conseqüentemente, para um morrer digno. A questão central sob a ótica da justiça é: as condições para um morrer digno estão igualmente disponíveis para todos os cidadãos brasileiros?

A resposta a essa pergunta, infelizmente, aponta para uma grave injustiça social no Brasil. O acesso a cuidados de saúde de qualidade na terminalidade, especialmente aos cuidados paliativos, ainda é extremamente desigual. Enquanto uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de excelência que

garantem controle eficaz da dor e de outros sintomas, suporte psicológico e espiritual, e um ambiente de acolhimento para si e seus familiares, a vasta maioria enfrenta um fim de vida marcado por dor, sofrimento negligenciado, abandono e o que Diniz (2017) e Dworkin (2003) criticam como *distanásia* - o prolongamento artificial da vida sem qualidade ou dignidade.

A falta de acesso equitativo a cuidados paliativos de qualidade tem implicações diretas para o debate sobre a eutanásia. Alguns críticos argumentam que o desejo de antecipar a morte pode não ser uma expressão genuína e autônoma da vontade do paciente, mas sim um pedido desesperado motivado pela dor insuportável e pela ausência de suporte adequado. Nesses casos, permitir a eutanásia sem antes ter esgotado todas as possibilidades de aliviar o sofrimento por meio de cuidados paliativos eficazes seria uma falha do sistema de saúde e, portanto, uma injustiça contra o indivíduo vulnerável. A justiça exigiria, primeiro, que o Estado cumprisse seu dever constitucional de garantir o acesso universal e igualitário à saúde (Brasil, 1988, art. 196), incluindo cuidados de terminalidade, antes de considerar a legalização de práticas que possam ser vistas como uma "solução" para a falha do próprio sistema.

Ademais, há a preocupação de que, em uma sociedade com profundas desigualdades sociais e econômicas como a brasileira, a legalização da eutanásia, sem salvaguardas extremamente rigorosas e sistemas de suporte robustos, possa colocar populações vulneráveis em risco. Idosos, pessoas com deficiência, indivíduos de baixa renda ou sem rede de apoio familiar poderiam sentir-se pressionados a optar pela eutanásia, seja por dificuldades financeiras para arcar com cuidados prolongados, seja por sentirem-se um "fardo" para a família ou a sociedade, especialmente na ausência de alternativas de cuidado digno e acessível. Essa possibilidade levanta sérias bandeiras vermelhas sob o princípio da justiça, que busca proteger os mais vulneráveis e garantir que as escolhas sejam feitas em condições de liberdade real, não sob coerção ou desespero imposto por carências sistêmicas.

Outro aspecto da justiça relacionado ao tema é a alocação de recursos públicos. O investimento em cuidados paliativos de qualidade, acessíveis em todos os níveis de atenção à saúde - primária, secundária e terciária - e em diferentes

ambientes - hospitais, domicílios, clínicas especializadas -, é uma exigência da justiça social. A Resolução CFM nº 1.805/2006, ao autorizar a ortotanásia desde que acompanhada de cuidados paliativos (CFM, 2006), reconhece a importância desse suporte. No entanto, a implementação prática dessa diretriz esbarra na escassez de profissionais capacitados, na falta de infraestrutura e na baixa priorização política e orçamentária dos cuidados paliativos no sistema de saúde público brasileiro. Alguns debates internacionais apontam para a necessidade de ponderar se os recursos públicos devem ser destinados à provisão de eutanásia ou se a prioridade justa seria garantir o acesso universal a cuidados que aliviem o sofrimento e apoiem a vida digna até o seu fim natural.

Portanto, a perspectiva da justiça adiciona uma camada essencial de análise ao debate da eutanásia. Ela nos força a olhar além da relação individual entre médico e paciente e considerar o contexto social e sistêmico em que as decisões de fim de vida são tomadas. A injustiça no acesso a cuidados paliativos de qualidade no Brasil é um obstáculo ético e prático significativo para a discussão sobre a legalização da eutanásia. Argumenta-se que uma sociedade justa, antes de considerar a possibilidade de ajudar seus cidadãos a morrer, tem o dever ético e legal de garantir que eles possam viver e morrer com o máximo de dignidade e o mínimo de sofrimento possível, oferecendo acesso irrestrito e equitativo a todos os recursos e suportes disponíveis na terminalidade. A luta por um morrer digno, sob a ótica da justiça, passa inegavelmente pela luta por um viver digno e por um sistema de saúde que cuide integralmente das pessoas em todas as fases da vida, incluindo seus momentos finais.

2.2.4 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) como Exercício da Autonomia

No contexto da crescente complexidade da medicina e da valorização da autonomia do paciente, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) surgem como um instrumento jurídico-ético fundamental para assegurar que os desejos de um indivíduo sobre seu tratamento de saúde sejam respeitados, mesmo quando ele se encontra incapaz de expressá-los. Também conhecidas popularmente como "Testamento Vital", as DAVs consistem em um documento ou declaração,

formalizada em momento de plena capacidade mental, no qual uma pessoa estabelece suas preferências quanto aos cuidados médicos que deseja receber ou não receber em situações futuras de terminalidade ou incapacidade de comunicação. Este mecanismo é uma clara manifestação prática do princípio da autonomia, permitindo que o indivíduo exerça seu direito de autodeterminação mesmo diante da vulnerabilidade da doença grave ou irreversível (Beauchamp; Childress, 2019).

A base legal para as DAVs no Brasil, embora não se materialize em uma lei específica e abrangente sobre o tema, pode ser inferida de diversos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, refletindo uma construção normativa que valoriza a dignidade e a liberdade individual. A Constituição Federal de 1988, em seus direitos fundamentais, oferece o alicerce principal para o reconhecimento das DAVs. O Artigo 5º, Inciso III, ao vedar tratamentos desumanos ou degradantes, indiretamente protege o paciente de intervenções que possam ser consideradas indignas ou contrárias à sua vontade. Complementarmente, o Artigo 5º, Inciso II, ao estabelecer que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei", fundamenta a liberdade de recusa a tratamentos médicos.

Esta prerrogativa constitucional implica que, se o paciente manifestou sua vontade de recusa de forma prévia e inequívoca, essa manifestação deve ser respeitada, desde que não contrarie a ordem legal vigente ou a ética profissional.

No âmbito do Código Civil (Lei nº 10.406/2002), embora não haja menção explícita às DAVs, alguns artigos oferecem sustentação por analogia ou inferência. O Artigo 15, ao dispor que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica", reforça a autonomia da pessoa em recusar intervenções, mesmo em situações de risco iminente. Essa disposição é crucial para legitimar a recusa de tratamentos que o paciente, em sua diretiva, considerou desproporcionais ou indesejados. Adicionalmente, a lógica dos artigos que tratam da disposição de vontade e da responsabilidade civil (como os Artigos 186 e 927) sugere que o desrespeito a uma DAV válida poderia, em tese, gerar responsabilidade, reforçando a seriedade de seu cumprimento.

Além do arcabouço legal geral, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.995/2012 é a principal norma que regulamenta as DAVs no

Brasil, desempenhando um papel central na sua aplicação prática. Esta resolução estabelece diretrizes claras para os médicos em relação ao cumprimento da vontade do paciente expressa em um Testamento Vital ou por meio da nomeação de um representante. Conforme a Resolução CFM nº 1.995/2012 (CFM, 2012), as vontades do paciente expressas em um documento de DAV devem ser respeitadas pelos profissionais de saúde, desde que não contrariem a legislação vigente ou os preceitos éticos da profissão médica. Ela também permite que o paciente nomeie um representante legal para tomar decisões em seu lugar, caso esteja incapacitado, o que reforça a autonomia do paciente em situações de vulnerabilidade e garante que sua voz seja ouvida mesmo na ausência de capacidade presente. O Código de Ética Médica, por sua vez, reforça a importância de respeitar a autonomia do paciente (Artigo 41) e proíbe tratamentos desumanos ou degradantes (Artigo 22), consolidando a base ética para o cumprimento das DAVs e sua centralidade na relação médico-paciente.

A importância prática das DAVs é tecnicamente complexa. Elas permitem que o paciente mantenha o controle sobre suas decisões de saúde mesmo em um estado de vulnerabilidade, evitando tratamentos que considere fúteis, invasivos ou desnecessários. Além disso, as DAVs fornecem clareza para os familiares e para a equipe médica em momentos de grande estresse e incerteza, reduzindo o ônus da tomada de decisões difíceis e minimizando potenciais conflitos entre as partes envolvidas. Ao antecipar a vontade, o indivíduo contribui para um processo de morrer mais digno e alinhado com seus próprios valores e preferências, em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana.

Para que as DAVs tenham plena validade e eficácia, é geralmente recomendado que sejam elaboradas por escrito, assinadas pelo paciente na presença de testemunhas e, preferencialmente, registradas em cartório. A discussão aberta e franca sobre as vontades com o médico de confiança e com os familiares é igualmente crucial, pois promove a compreensão mútua e facilita o cumprimento das diretivas em um momento futuro. A natureza dinâmica da vida e da medicina também implica que as DAVs podem e devem ser revistas, alteradas ou revogadas a qualquer momento, desde que o paciente mantenha sua plena capacidade mental.

Assim, as Diretivas Antecipadas de Vontade representam um avanço

significativo no exercício da autonomia do paciente no Brasil. Embora ainda careçam de uma lei federal específica, seu respaldo constitucional e o reconhecimento por normativas profissionais consolidam sua validade e importância na garantia de um morrer mais humano e digno. As DAVs não se confundem com a eutanásia ativa (que permanece criminalizada), mas são um instrumento vital para que o paciente possa recusar a distanásia e garantir que o processo de seu fim de vida esteja alinhado com seus valores e sua dignidade, representando um pilar essencial do biodireito contemporâneo brasileiro.

2.3 Os Conflitos Éticos e Jurídicos da Eutanásia no Brasil

O debate sobre a eutanásia no Brasil é marcado por profundos e complexos conflitos que envolvem questões éticas, jurídicas, médicas, culturais e religiosas. A ausência de legislação específica sobre o tema, somada à rigidez do Código Penal e à interpretação evolutiva dos princípios constitucionais e bioéticos, cria um cenário de tensão e incerteza que afeta pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Um dos conflitos centrais, e talvez o mais fundamental sob a ótica jurídica, reside na aparente colisão entre o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, ambos pilares do ordenamento constitucional brasileiro (Brasil, 1988). Conforme discutido, o direito à vida é universalmente reconhecido e protegido, e no Brasil, é tido como inviolável (Art. 5º, caput). No entanto, a interpretação contemporânea e constitucionalmente adequada desse direito não se limita à mera existência biológica, mas está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III), que implica as condições para uma vida plena e, no seu final, para um morrer com respeito e sem sofrimento fútil (Barroso, 2020; Silva, 2016). O conflito jurídico se instala quando a manutenção artificial da vida, imposta pela rigidez da lei penal que proíbe qualquer ato de antecipação da morte, colide com o imperativo ético e constitucional de assegurar a dignidade do indivíduo diante de sofrimento insuportável e sem perspectiva de cura. A lei penal, ao proteger a vida de forma absoluta, parece ignorar a "qualidade" dessa vida e o desejo autônomo do indivíduo de ter controle sobre o seu processo de morrer.

Esta tensão constitucional se reflete diretamente nos conflitos éticos para os

profissionais de saúde. O médico se vê dividido entre o dever legal de preservar a vida a todo custo - conforme interpretado pela lei penal rígida - e os princípios bioéticos da beneficência e não-maleficência, que, no contexto da terminalidade, podem sugerir que o "bem" maior do paciente é o alívio do sofrimento e a evitação da distanásia, mesmo que isso implique permitir ou, no limite do debate, assistir à antecipação da morte. A autonomia do paciente, firmemente defendida pela bioética e reconhecida em outras decisões de fim de vida - como a recusa de tratamento e as DAVs -, entra em choque com a proibição legal de atender ao seu pedido explícito de eutanásia ou suicídio assistido. A falta de clareza legal deixa o profissional em uma posição vulnerável, onde agir por compaixão e em respeito à vontade do paciente pode configurar crime.

Os conflitos também são acentuados pelas profundas divergências de valores na sociedade brasileira. A forte influência de preceitos religiosos e culturais que consideram a vida inviolável e seu término prerrogativa divina gera uma significativa resistência à legalização da eutanásia (Diniz, 2017). Essa resistência se manifesta no âmbito político, dificultando o avanço de propostas legislativas que busquem regulamentar o tema e harmonizar a proteção da vida com a dignidade e a autonomia. O debate parlamentar sobre o fim da vida, quando ocorre, é frequentemente polarizado e marcado por visões dicotômicas, o que impede a construção de um consenso mínimo necessário para uma reforma legal que enfrente a complexidade do tema de forma equilibrada.

A perspectiva dos direitos humanos adiciona outra camada de conflito. Se a dignidade humana é a base dos direitos humanos, e se estes incluem o direito a ser livre de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, argumenta-se que forçar um indivíduo a suportar um sofrimento físico e/ou psicológico insuportável e sem perspectiva de melhora, proibindo-o de buscar um fim digno, poderia ser interpretado como uma violação de seus direitos fundamentais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos - Organização das Nações Unidas, 1948 - e outros tratados internacionais - como o Pacto de San José da Costa Rica (Organização dos Estados Americanos, 1969) - protegem a vida, mas a interpretação e o alcance dessa proteção no contexto da terminalidade e do sofrimento extremo são objeto de debate e variações internacionais. Enquanto alguns sistemas jurídicos interpretam

que o direito à vida implica também o direito a decidir sobre a própria morte em certas circunstâncias, o sistema brasileiro, influenciado pela interpretação penal mais rígida, ainda não incorporou essa perspectiva de forma plena.

Ademais, o princípio da justiça revela um conflito social subjacente. A desigualdade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, especialmente a cuidados paliativos eficazes, levanta o temor de que a legalização da eutanásia, em um contexto de fragilidade do sistema de saúde, possa exacerbar injustiças. Pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, sem acesso adequado ao alívio do sofrimento e ao suporte integral na terminalidade, poderiam sentir-se levadas a optar pela eutanásia não por um exercício pleno de autonomia, mas como uma fuga desesperada de condições insuportáveis impostas pela carência do sistema. Isso cria um conflito entre o direito individual a uma escolha - autonomia - e o dever social de garantir as condições justas - justiça - para que essa escolha seja verdadeiramente livre e informada, e não uma consequência da injustiça sistêmica.

Em suma, os conflitos éticos e jurídicos da eutanásia no Brasil são múltiplos e interconectados. Eles emergem da tensão fundamental entre a interpretação da proteção da vida, a centralidade da dignidade humana e a autonomia individual no ordenamento constitucional, de um lado, e a rigidez da legislação penal, as influências culturais e religiosas, e as desigualdades sociais, de outro. O Poder Judiciário, embora demonstre alguma flexibilidade em casos de ortotanásia e recusa de tratamento, ainda não preencheu o vácuo legal para a eutanásia ativa, mantendo a insegurança jurídica. A superação desses conflitos exige um debate social e político corajoso e informado, que vá além das posições extremas e busque construir uma solução legislativa que, baseada nos princípios bioéticos e constitucionais, ofereça clareza, segurança e, acima de tudo, garanta a dignidade da pessoa humana em todas as fases da vida, inclusive em seus momentos finais, assegurando que o alívio do sofrimento e o suporte integral sejam direitos universais antes que a antecipação da morte seja sequer cogitada como alternativa.

3 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E DEBATES COMPARADOS

O debate sobre a eutanásia e outras práticas relacionadas ao fim da vida não é exclusivo do Brasil. Pelo contrário, constitui um tema de discussão global, que tem levado diferentes países a adotar abordagens legais e éticas variadas. A análise dessas experiências internacionais é fundamental para enriquecer a compreensão do tema, identificar os desafios comuns, as soluções propostas e as controvérsias que surgem na regulamentação e aplicação de tais práticas. Compreender como outras nações, com diferentes contextos culturais, sociais e jurídicos, lidaram ou estão lidando com a complexidade das decisões de fim de vida oferece um valioso panorama comparativo, permitindo vislumbrar possíveis caminhos, acertos e erros para o debate brasileiro.

Embora a legislação e a prática variem consideravelmente, a maioria dos países que avançaram na regulamentação da eutanásia ou do suicídio assistido o fez com base em princípios bioéticos semelhantes aos discutidos anteriormente, como a autonomia, a beneficência e a não-maleficência, sempre buscando harmonizá-los com a proteção da dignidade humana e o interesse público. No entanto, a forma como esses princípios são ponderados e os critérios estabelecidos para acessar tais práticas revelam diferentes sensibilidades e prioridades ético-jurídicas.

Esta seção explorará alguns dos modelos de regulamentação mais conhecidos, analisando suas características principais, os requisitos para acesso, as salvaguardas implementadas e os debates em curso. Em seguida, buscaremos extrair lições e desafios relevantes para a discussão no Brasil, considerando as particularidades do nosso ordenamento jurídico e da nossa sociedade.

3.1 Modelos de Regulamentação em Outros Países

Diversos países, notadamente na Europa e América do Norte, descriminalizaram ou legalizaram a eutanásia e/ou o suicídio assistido sob condições estritas. Entre os exemplos mais proeminentes estão Holanda, Bélgica e Canadá, cujas leis e práticas oferecem modelos distintos e percepções valiosas.

3.1.1 Holanda

A Holanda foi pioneira na legalização da eutanásia - e suicídio assistido - para adultos, com a aprovação da Lei de Terminologia da Vida a Pedido e Suicídio Assistido³ em 2002. Antes mesmo da lei formal, a prática já era tolerada e regulamentada por meio de diretrizes da Suprema Corte e da Ordem Médica, desde que fossem cumpridos critérios de diligência médica, demonstrando uma evolução gradual na aceitação social e jurídica da antecipação da morte assistida (Beauchamp; Childress, 2019).

Os critérios essenciais estabelecidos pela lei holandesa para que um médico possa realizar a eutanásia ou o suicídio assistido sem ser processado criminalmente são rigorosos (Holanda, 2002, artigo 2º, 1):

1. O pedido deve ser voluntário e cuidadosamente considerado pelo paciente.
2. O paciente deve estar sofrendo de forma insuportável e sem perspectiva de melhora. O sofrimento pode ser físico ou psicológico, embora este último seja avaliado com extrema cautela.
3. A condição do paciente deve ser incurável e irreversível, embora a lei não exija que a morte seja iminente em um futuro próximo.
4. O paciente deve estar completamente informado sobre sua situação e as perspectivas de tratamento.
5. Deve haver consulta com pelo menos um outro médico independente, que confirme o cumprimento dos critérios.
6. A eutanásia ou o suicídio assistido deve ser realizado pelo médico de maneira medicamente apropriada.
7. O caso deve ser reportado a uma Comissão Regional de Revisão, que avalia se os critérios de diligência foram cumpridos.

A lei holandesa se notabilizou pela amplitude de sua aplicação, permitindo a eutanásia para certas condições psiquiátricas severas - quando o sofrimento psicológico é considerado insuportável e sem perspectiva de melhora - e, sob condições ainda mais estritas, para menores de idade entre 12 e 16 anos - com consentimento dos pais - e para crianças menores de 12 anos - (Holanda, 2002,

³ “Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding”

artigo 2º, 2 - 4) sob um protocolo específico baseado no princípio da não-maleficência, embora juridicamente controverso e menos utilizado - (Beauchamp; Childress, 2019).

Os debates na Holanda persistem, focando principalmente na aplicação da lei a casos complexos - como demência avançada ou sofrimento psicológico -, na dificuldade em determinar a voluntariedade e a ausência de coerção, e na preocupação com a "ladeira escorregadia" - a ideia de que a permissão inicial poderia levar a uma expansão indevida dos critérios. Apesar disso, a lei conta com amplo apoio público e as Comissões de Revisão desempenham um papel importante na transparência e no controle dos procedimentos, embora a efetividade total da fiscalização ainda seja objeto de discussão acadêmica.

3.1.2 Bélgica

A Bélgica legalizou a eutanásia em 2002, por meio da Lei relativa à eutanásia⁴, apresentando um modelo com critérios e procedimentos para adultos muito similares aos adotados na Holanda. Os requisitos básicos para a elegibilidade incluem o pedido voluntário, refletido e reiterado, a ausência de pressão externa, e a existência de sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável e incurável, causado por uma doença grave e incurável (Bélgica, 2002, Art. 3º), isentando de crime o médico que a pratique nestas condições. Essa legislação buscou equilibrar a autonomia do paciente com a proteção da vida, estabelecendo um rigoroso processo de avaliação (Beauchamp; Childress, 2019).

Uma característica marcante da lei belga foi sua extensão pioneira para menores de idade em 2014, tornando-se o primeiro país a permitir a eutanásia para crianças de qualquer idade. Para que a prática seja realizada, exige-se que o menor seja considerado "capaz de discernimento" e que a doença cause "sofrimento físico" insuportável e sem perspectiva de melhora, com morte iminente. Além disso, a lei belga exige o consentimento dos pais ou tutores, e a avaliação por uma equipe médica e um psicólogo infantil (Bélgica, 2002, Art. 4º, § 1º). A inclusão de menores gerou intenso debate internacional e permanece um ponto de divergência com outros modelos de regulamentação, suscitando discussões sobre os limites da

⁴ "Loi relative à l'euthanasie"

autonomia infantil e a capacidade de discernimento em condições tão extremas.

Assim como na Holanda, os debates na Bélgica envolvem a avaliação do sofrimento psicológico e a garantia da capacidade de decisão, especialmente em casos de pacientes com quadros psiquiátricos. A Comissão Federal de Controle e Avaliação de Eutanásia monitora os casos e publica relatórios anuais, fornecendo dados detalhados sobre a aplicação da lei e sua conformidade com os critérios. As críticas frequentemente apontam para a potencial subjetividade na avaliação dos critérios e para a necessidade de fortalecer a integração entre a eutanásia e os cuidados paliativos, assegurando que a primeira não seja vista como substituta da segunda, mas sim como uma opção considerada apenas após o esgotamento das alternativas de alívio do sofrimento (Beauchamp; Childress, 2019).

3.1.3 Canadá

O Canadá é um exemplo mais recente de legalização da assistência médica para morrer - *Medical Assistance in Dying* - MAID -, implementada em todo o país em 2016 após uma decisão da Suprema Corte. Inicialmente, a lei exigia que a morte natural do paciente fosse "razoavelmente previsível" para que a MAID fosse elegível. Em 2021, a lei foi alterada - pelo Bill C-7 - para remover o requisito de morte razoavelmente previsível para pacientes cujas condições médicas eram graves e incuráveis e causavam sofrimento insuportável, mas que não eram iminentemente terminais. Esta expansão gerou considerável debate. Os critérios atuais para elegibilidade à MAID no Canadá incluem (Canadá, BILL C-7, 2016, 3.1):

1. Ser elegível para serviços de saúde financiados publicamente no Canadá.
2. Ter pelo menos 18 anos de idade e ser capaz de tomar decisões sobre sua saúde.
3. Ter um pedido voluntário para a MAID que não foi feito como resultado de pressão externa.
4. Ter uma condição médica grave e irremediável (definida por critérios específicos, como doença incurável, estado avançado de declínio irreversível, sofrimento físico ou psicológico insuportável que não pode ser aliviado sob condições consideradas aceitáveis pelo paciente).

5. Estar ciente de todas as opções disponíveis para aliviar o sofrimento, incluindo cuidados paliativos.

A expansão para condições não terminais e a discussão em curso sobre a elegibilidade para casos de doença mental como única condição - inicialmente prevista para março de 2023, mas adiada para 2024 e posteriormente para 2027, diante de preocupações com a complexidade e salvaguardas necessárias - demonstram a evolução e os desafios contínuos na aplicação da MAID. O Canadá estabeleceu salvaguardas, incluindo avaliações médicas e, em alguns casos, espera obrigatória (Canadá, BILL C-7, 2016, 3.1). O debate canadense frequentemente aborda a adequação das salvaguardas para proteger os vulneráveis, a relação entre a MAID e a qualidade e acessibilidade dos cuidados paliativos, e a necessidade de garantir que o pedido seja genuinamente autônomo e não motivado por carências sociais ou falta de suporte.

3.1.4 Outras Abordagens

É importante notar que, além dos modelos belga, holandês e canadense, o cenário internacional apresenta outras abordagens significativas para as decisões de fim de vida, especialmente o modelo de suicídio assistido. Uma dessas abordagens proeminentes é encontrada na Suíça, que se distingue por não ser um país onde a assistência é realizada diretamente por médicos. Em vez disso, o Código Penal⁵ suíço descriminaliza o suicídio assistido sob condições muito específicas: a assistência não é considerada crime quando prestada por terceiros que não agem por motivos egoístas.

Art. 115 Quem, movido por motivos egoístas, incitar uma pessoa ao suicídio, ou a ajudar com vistas ao suicídio, será, se o suicídio for consumado ou tentado, punido com privação de liberdade por um período não superior a cinco anos ou com pena pecuniária. (Suíça, 1937, tradução própria⁶).

Essa peculiaridade permitiu o surgimento de organizações especializadas que

⁵ “Code Pénal Suisse”

⁶ “Art. 115 Quiconque, poussé par un mobile égoïste, incite une personne au suicide, ou lui prête assistance en vue du suicide, est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d’une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d’une peine pécuniaire.”

fornece os meios letais para que o paciente, de forma autônoma, administre a si mesmo a substância. O foco recai inteiramente na autodeterminação do indivíduo, que deve ter plena capacidade de discernimento e realizar o ato final por conta própria. Esse modelo se afasta da eutanásia ativa, onde o profissional de saúde executa a ação, transferindo a responsabilidade da administração da substância letal para o próprio paciente.

Outro conjunto de abordagens relevantes é o dos "*Death with Dignity Acts*" (Leis da Morte com Dignidade), implementadas em alguns estados dos Estados Unidos da América, como Oregon, Washington e Califórnia. Nestes estados, a prática legalizada é estritamente o suicídio assistido, e não a eutanásia. Para ser elegível, o paciente deve ser um adulto com doença terminal e ter um prognóstico de vida inferior a seis meses. O processo exige que o paciente solicite oralmente e por escrito a medicação letal, que seja avaliado por dois médicos que confirmem o diagnóstico e o prognóstico, e que seja considerado mentalmente capaz de tomar a decisão. A medicação é então prescrita, mas a administração cabe exclusivamente ao paciente. Essa distinção rigorosa entre suicídio assistido e eutanásia reflete uma preocupação em evitar a participação direta do médico na morte, mantendo o controle final do ato nas mãos do paciente. Tais leis são frequentemente discutidas sob a ótica da autonomia, mas com salvaguardas adicionais para garantir que a escolha seja informada e genuína, e que a morte seja iminente.

Essas variações nas abordagens internacionais - desde a eutanásia ativa (Holanda, Bélgica) até os modelos de suicídio assistido em que o paciente auto administra a substância (Suíça, alguns estados dos EUA) - ilustram a diversidade de respostas legais e éticas ao desafio complexo de conciliar a autonomia do indivíduo e a proteção de sua dignidade no fim da vida com o dever social e estatal de proteger a vida e prevenir abusos. Cada modelo, com suas nuances e particularidades, reflete diferentes balanços entre a valorização da autonomia do paciente, o alívio do sofrimento, a proteção da vulnerabilidade e a ética médica. Dessa forma, a análise dessas distintas soluções sublinha que não existe um consenso global sobre a melhor forma de lidar com a terminalidade, deixando claro que o diálogo entre os princípios bioéticos e as realidades sociais é constante e, quase sempre, polêmico.

3.2 Debates e Desafios Comuns nos Modelos Regulamentados

Apesar das diferenças entre os modelos, a experiência internacional revela desafios e debates comuns que transcendem fronteiras geográficas e culturais. A análise desses pontos críticos é essencial para qualquer país que considere a regulamentação das práticas de fim de vida.

Um dos desafios mais persistentes é a definição e avaliação do "sofrimento insuportável". Como medir ou objetivar algo inerentemente subjetivo? A experiência internacional mostra que a dependência excessiva da avaliação médica pode negligenciar a perspectiva do paciente, enquanto uma dependência excessiva da autoavaliação do paciente pode levantar preocupações sobre a influência de fatores externos ou estado psicológico alterado. A busca por um equilíbrio justo entre a percepção do paciente e a avaliação médica e multidisciplinar é um dilema contínuo. Outro ponto crítico é a avaliação da capacidade de decisão e a voluntariedade do pedido. Garantir que o pedido de eutanásia ou suicídio assistido seja verdadeiramente autônomo, bem considerado, persistente e livre de coerção é complexo. Em pacientes debilitados, com doenças mentais concomitantes, ou em situações de vulnerabilidade social e econômica, a linha entre um desejo genuíno e um pedido influenciado por desespero, depressão ou pressão pode ser tênue. Os modelos internacionais tentam abordar isso com segundas opiniões médicas, avaliações psiquiátricas e psicológicas e períodos de espera, mas a eficácia dessas salvaguardas na proteção contra todas as formas de influência indevida ainda é objeto de debate ético e empírico.

A preocupação com a "ladeira escorregadia" - slippery slope - é onipresente nos debates internacionais. Críticos argumentam que a permissão da eutanásia para casos estritos de terminalidade e sofrimento insuportável pode gradualmente levar à expansão dos critérios para incluir condições menos graves, grupos mais vulneráveis ou situações onde as alternativas não foram totalmente esgotadas. A experiência de países que expandiram seus critérios - como o Canadá - alimenta esse debate, reforçando a necessidade de vigilância constante e avaliação rigorosa dos efeitos da lei.

A relação entre eutanásia/suicídio assistido e cuidados paliativos é central. Há um consenso crescente de que a expansão do acesso a práticas de fim de vida não deve ocorrer em substituição a um investimento robusto em cuidados paliativos. Pelo contrário, os cuidados paliativos de alta qualidade, acessíveis a todos, são essenciais para garantir que o sofrimento seja efetivamente aliviado e que o paciente tenha alternativas dignas para o fim da vida. Em muitos casos, um pedido de eutanásia pode desaparecer ou mudar se o sofrimento for adequadamente controlado e o paciente e sua família receberem suporte integral. A justiça na terminalidade exige, antes de mais nada, que todos tenham acesso pleno a esses cuidados.

Por fim, há debates sobre a objeção de consciência de profissionais de saúde, a transparência e efetividade dos mecanismos de revisão e controle, e o impacto social da legalização nas percepções sobre a vida, a morte e o papel da medicina.

3.3 Lições e Desafios para o Debate Brasileiro

A análise das experiências internacionais oferece importantes lições e evidencia desafios significativos para o debate sobre a eutanásia e as decisões de fim de vida no Brasil.

A primeira e mais clara lição é que a regulamentação das práticas de fim de vida é complexa e exige um arcabouço legal detalhado e robusto. Não se trata de uma simples descriminalização, mas da criação de um sistema com critérios claros, procedimentos rigorosos, mecanismos de avaliação e controle, e salvaguardas para proteger os pacientes vulneráveis. Os modelos holandês, belga e canadense, com suas evoluções e debates, demonstram a necessidade de constante reflexão e ajuste.

Uma segunda lição fundamental é a indispensabilidade de salvaguardas rigorosas. A experiência internacional sublinha que, para garantir que o exercício da autonomia seja genuíno e que a não-maleficência seja respeitada, são necessários múltiplos pareceres médicos, avaliações psicológicas e/ou psiquiátricas, e um processo de solicitação formal e bem documentado. A prevenção de pressões

indevidas, especialmente em um país com as desigualdades e fragilidades sociais do Brasil, é um desafio ainda maior e requer salvaguardas adaptadas à nossa realidade.

Crucialmente, a experiência internacional reforça a ideia, já presente no debate bioético brasileiro, de que o investimento massivo e a universalização do acesso a cuidados paliativos de qualidade são pré-condições éticas e sociais para qualquer discussão sobre a legalização da eutanásia. Conforme a perspectiva da justiça, não se pode cogitar oferecer a morte como uma "opção" digna se não forem garantidas as condições para viver e morrer com dignidade, com o sofrimento efetivamente controlado. A expansão dos cuidados paliativos no Brasil não deve ser vista como uma alternativa à eutanásia, mas como um componente essencial de um sistema de saúde que respeita a dignidade em todas as fases da vida, tornando o pedido de eutanásia, quando ocorrer, uma expressão de autonomia em face de sofrimento refratário apesar dos melhores cuidados possíveis, e não pela falta deles.

Os desafios para o Brasil, contudo, são particularmente acentuados. Nosso arcabouço constitucional, com a forte ênfase na inviolabilidade da vida, e nossa legislação penal, que tipifica atos relacionados à antecipação da morte, criam um cenário jurídico mais conservador em comparação com os países analisados. A forte influência de valores culturais e religiosos na sociedade brasileira também representa um obstáculo significativo para a aprovação de leis que regulamentem a eutanásia ou o suicídio assistido.

Além disso, as profundas desigualdades sociais e regionais no Brasil, e as fragilidades do sistema de saúde público em garantir acesso igualitário e de qualidade mesmo a cuidados básicos, intensificam as preocupações sobre a vulnerabilidade e a justiça. A implementação de salvaguardas que funcionem efetivamente em todo o território nacional e para todas as camadas da população seria um desafio logístico e social de enormes proporções.

Portanto, o debate brasileiro, ao olhar para as experiências internacionais, deve fazê-lo com um olhar crítico e contextualizado. Os modelos de regulamentação em outros países oferecem um repertório de soluções legais e procedimentais, mas também alertam para os desafios persistentes e as controvérsias. O caminho para o Brasil, se houver, deverá ser construído a partir de um amplo debate social e

parlamentar, fundamentado nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à vida, mas também considerando a realidade concreta do sofrimento, a necessidade urgente de universalização dos cuidados paliativos e a busca por soluções que garantam um fim de vida o mais humano, digno e justo possível para todos os seus cidadãos, respeitando a complexidade ética e jurídica inerente ao tema. A experiência comparada não oferece um modelo a ser copiado, mas um laboratório de reflexões a ser adaptado criteriosamente à luz das especificidades brasileiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso propôs-se a investigar a complexa questão da eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos fundamentais e do biodireito no Brasil. Ao longo da pesquisa, buscou-se analisar como o ordenamento jurídico brasileiro lida com as práticas relacionadas ao fim da vida, considerando as tensões existentes entre o direito fundamental à vida, a dignidade da pessoa humana, a autonomia individual e os princípios bioéticos que emergem neste debate contemporâneo. A problemática central que motivou este estudo reside na aparente lacuna e na insegurança jurídica que cercam as decisões de terminalidade no país, especialmente diante de situações de sofrimento insuportável e ausência de perspectiva de cura.

Iniciou-se a jornada explorando os fundamentos históricos e constitucionais do direito à vida, demonstrando como sua concepção evoluiu de uma proteção meramente biológica para uma compreensão mais ampla, intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana, conforme solidificado na Constituição Federal de 1988. Percebeu-se que, embora o direito à vida seja inviolável e base para todos os demais direitos, a dignidade confere uma camada interpretativa essencial, sugerindo que a "qualidade" da vida e as condições para um morrer digno são igualmente importantes e devem ser consideradas pelo sistema jurídico. A rigidez inicial da legislação penal brasileira, que tipifica atos que antecipam a morte - como o homicídio e o auxílio ao suicídio - sem prever nuances para a motivação compassiva ou o consentimento do paciente, foi contrastada com a gradual, embora ainda tímida, evolução da jurisprudência e de normativas infralegais - como as resoluções do Conselho Federal de Medicina - no reconhecimento de outras decisões de fim de vida, como a ortotanásia e o direito de recusa a tratamento, sinalizando uma abertura para a ponderação de valores diante da terminalidade.

Em seguida, a pesquisa mergulhou no universo da bioética, desvendando as diferentes modalidades de eutanásia - ativa e passiva -, a ortotanásia e a distanásia. A análise conceitual permitiu estabelecer as distinções cruciais entre essas práticas e, mais importante, conectá-las aos princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O estudo detalhado desses princípios

revelou a complexidade ética das decisões de fim de vida. A autonomia, que confere ao paciente o direito a decidir sobre seu próprio corpo e destino, confronta-se com o dever de não causar dano - não-maleficência - e o compromisso com o bem-estar - beneficência -, especialmente quando a antecipação da morte é considerada como uma forma de aliviar sofrimento insuportável. O princípio da justiça, por sua vez, evidenciou a dimensão social do debate, levantando preocupações legítimas sobre a distribuição equitativa dos recursos de saúde, o acesso a cuidados paliativos de qualidade e a proteção de indivíduos em situação de vulnerabilidade, questionando se a eutanásia seria uma resposta justa em um sistema de saúde desigual.

A investigação dos conflitos éticos e jurídicos no Brasil aprofundou as tensões já identificadas. Ficou claro que a colisão entre a lei penal protetiva da vida biológica e a interpretação constitucional da dignidade e autonomia gera um cenário de insegurança para todos os envolvidos. Profissionais de saúde enfrentam dilemas éticos severos ao serem confrontados com pedidos de eutanásia por pacientes em sofrimento refratário, cientes dos riscos legais de atender a tais solicitações. A ausência de uma lei específica sobre o tema, aliada à forte influência de valores culturais e religiosos, mantém o debate em um impasse, relegando a solução de casos extremos à interpretação individual de juízes, sem a clareza e a previsibilidade necessárias. A questão da justiça, particularmente em relação ao acesso desigual aos cuidados paliativos, surge como um componente crucial desses conflitos, sugerindo que o debate sobre a eutanásia não pode ser dissociado da luta por um sistema de saúde que garanta o alívio do sofrimento e o suporte integral a todos na terminalidade.

A análise das experiências internacionais, com foco nos modelos de regulamentação adotados em países como Holanda, Bélgica e Canadá, ofereceu uma perspectiva comparada valiosa. Demonstrou-se que a legalização das práticas de fim de vida é possível, mas exige a implementação de critérios rigorosos, procedimentos bem definidos, mecanismos de avaliação e controle, e salvaguardas robustas para garantir que as decisões sejam genuinamente autônomas e livres de pressões. Contudo, as experiências internacionais também revelam desafios persistentes, como a avaliação do sofrimento e da capacidade decisória, e a preocupação com a "ladeira escorregadia". A principal lição para o Brasil, extraída

dessa análise comparada e alinhada com a perspectiva da justiça e da beneficência/não-maleficência, é a urgência e a indispensabilidade do investimento e da universalização do acesso a cuidados paliativos de alta qualidade. A experiência de outros países e o debate bioético global convergem para a conclusão de que um sistema que respeita a dignidade no fim da vida, antes de considerar a antecipação da morte, deve garantir que o sofrimento seja aliviado e que o indivíduo tenha acesso a todo o suporte necessário para viver e morrer com o máximo de conforto e respeito.

Portanto, a resposta à problemática inicial sobre como o ordenamento jurídico brasileiro lida com a eutanásia é complexa: legalmente, a eutanásia ativa e o suicídio assistido são criminalizados, refletindo uma primazia da proteção da vida biológica. Contudo, a interpretação constitucional e a evolução bioética têm forçado o sistema a reconhecer a dignidade e a autonomia no fim da vida, permitindo outras práticas como a ortotanásia e a recusa de tratamento. Essa dualidade cria um vácuo legal e ético para as situações mais extremas de sofrimento.

Conclui-se que o Brasil ainda se encontra em um estágio inicial e conflituoso do debate sobre a eutanásia. A pesquisa evidenciou que a atual estrutura legal é insuficiente para lidar com a complexidade das decisões de fim de vida em uma sociedade que valoriza a dignidade e a autonomia. A superação dessa lacuna e dos conflitos éticos e jurídicos exige um debate social e político maduro e informado, que considere as lições da bioética, os avanços do direito comparado e, crucialmente, a realidade das desigualdades sociais e do acesso à saúde no país.

Qualquer caminho a ser trilhado pelo Brasil no futuro, seja ele a manutenção do status quo, a regulamentação pontual de aspectos relacionados - como diretivas antecipadas mais robustas ou estatutos do paciente -, ou a discussão sobre a descriminalização ou legalização controlada da eutanásia ou suicídio assistido, deverá ser guiado pelos princípios da dignidade da pessoa humana e da justiça social. O foco primordial deve ser garantir que nenhum brasileiro seja compelido a desejar a morte pela ausência de cuidados que poderiam aliviar seu sofrimento e garantir sua dignidade. A universalização dos cuidados paliativos de qualidade não é apenas uma opção, mas um imperativo ético e um direito fundamental que deve ser assegurado, constituindo-se como a resposta mais imediata e justa para grande

parte das demandas por um morrer digno no Brasil. Somente em um cenário onde o alívio do sofrimento e o suporte integral são garantidos a todos, a discussão sobre a autonomia no fim da vida poderá ser travada em bases mais equitativas e verdadeiramente livres. O desafio persiste, exigindo coragem para enfrentar o tema, compaixão para com o sofrimento humano e sabedoria para construir soluções que respeitem a vida em sua plenitude, incluindo a dignidade em seus momentos finais.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 9. ed. - São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 8th. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BÉLGICA. **Loi relative à l'euthanasie (Lei relativa à eutanásia)**, de 28 de maio de 2002. *Moniteur Belge*. Disponível em: <https://www.admd.be/information/legislation-belge/legislation-belge-euthanasie-loi/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

CANADÁ. **An Act respecting medical assistance in dying (Lei sobre assistência médica para morrer)**. *Statutes of Canada, 2016, c. 3 (Bill C-14)*. Emendada por 2021, c. 2 (*Bill C-7*). *Consolidated S.C. 2016, c. 3. Department of Justice Canada*. Disponível em: <https://www.parl.ca/documentviewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>. Acesso em: 29 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1805-2006_102887.html. Acesso em: 8 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1995-2012_244750.html. Acesso em: 8 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 187, p. 111-114, 28 set. 2018. Disponível em: http://cem.cfm.org.br/templates/g5_helium/images/cem/pdf/codigo.pdf?5cc88fbf. Acesso em: 9 ago. 2025.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 10. ed. - São Paulo: Saraiva, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Supremo Tribunal Federal [Tribunal Pleno]. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3.510**. Constitucional. Ação Direta de Inconstitucionalidade. Lei de Biossegurança. Impugnação em Bloco do Art. 5º da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 (Lei de Biossegurança).[...]. Relator: Min. Ayres Britto. Julgamento em 29 de maio de 2008. Publicação em 28 de maio de 2010. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur178396/false>. Acesso em: 13 jan. 2025.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. 1. ed. - São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2003.

EUA. **Declaração de Independência**, 1776.

FRANÇA. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão**, 1789.

HOLANDA. **Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Lei sobre a Terminologia da Vida a Pedido e Suicídio Assistido)**, de 12 de abril de 2002. *Wetten.overheid.nl*. Disponível em: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2020-03-19>. Acesso em: 17 fev. 2025.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. Tradução de Daniel Moreira Miranda. 1. ed. - São Paulo: Edipro, 2019.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo civil**. Tradução de Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. 3. ed. - Petrópolis: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://unric.org/pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)**. 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 8 abr. 2025.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social**. Tradução de Rolando Roque da Silva. ed. eletrônica: Ridendo Castigat Mores, 2002.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SILVA, José Alfonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2016.

SUÍÇA. **Code Pénal Suisse (Código Penal Suíço)**. *Loi du 21 décembre 1937. RS 311. Artigo 115*. Confédération Suisse. Disponível em:

<https://www.lexfind.ch/tolv/230198/fr>. Acesso em: 29 mar. 2025.



ATA DE APRESENTAÇÃO DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE DIREITO

Aos nove dias do mês de setembro de dois mil e vinte e cinco, às quinze horas e trinta minutos, realizou-se virtualmente através da plataforma Google Meet, ID da reunião: <https://meet.google.com/wfb-yxxa-rzw>, a sessão pública da Banca Examinadora de Defesa de TCC, para conclusão do Curso de Direito, intitulado “Da Eutanásia sob a perspectiva dos Direitos Humanos Fundamentais e do Biodireito”, apresentada pelo(a) acadêmico(a) Erick Moreira Garcez Costa, para obtenção do título de Bacharel em Direito. A Banca Examinadora, composta pelos membros Bruno Marini, Presidente; Tarsis Witley de Almeida Arruda, membro; Edilson dos Reis, membro, procedeu à arguição pública do(a) candidato(a), estando o(a) acadêmico(a):

(x) APROVADO(A) () APROVADO(A) COM RESSALVAS () REPROVADO(A)

Proclamado o resultado pelo presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos, dos quais, para constar, foi conferida e assinada a presente Ata pelos membros da Banca Examinadora e pelo(a) acadêmico(a).

Bruno Marini
(Presidente)

Tarsis Witley de Almeida Arruda
(Membro)

Edilson dos Reis
(Membro)

Erick Moreira Garcez Costa
(Acadêmico(a))

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Marini, Professor do Magisterio Superior**, em 09/09/2025, às 16:29, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Tarsis Witley de Almeida Arruda, Coordenador(a) Administrativo(a)**, em 09/09/2025, às 16:32, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **ERICK MOREIRA GARCEZ COSTA, Usuário Externo**, em 10/09/2025, às 11:19, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Edilson dos Reis, Usuário Externo**, em 26/09/2025, às 14:59, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5821266** e o código CRC **F8D5BF93**.

Processo: 23104.021698/2025-09 Documento: 5821266

Fone: (67) 3345-7145 / 3345-7251
CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

Referência: Processo nº 23104.021698/2025-09

SEI nº 5821266