

UNIVERSIDADE SANTO AMARO  
UNISA – SP

Monielly Farias Lins

A Dignidade da Pessoa Humana na Perspectiva da Bioética  
O fim da vida

Mestrado em Direito Médico

São Paulo  
2025

Monielly Farias Lins

A Dignidade da Pessoa Humana na Perspectiva da Bioética: O fim da vida.

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Santo Amaro, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM DIREITO, sob a orientação do Professor Doutor Clóvis Francisco Constantino.

São Paulo

2025

## FICHA CATALOGRÁFICA

L732d

Lins, Monielly Farias

A dignidade da pessoa humana na perspectiva da bioética: o fim da vida. / Monielly Farias Lins. - São Paulo, 2025.

53 p.

Dissertação (Mestrado em Direito Médico) – Universidade Santo Amaro, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Francisco Constantino.

Bibliografia incluída

1. Bioética. 2. Biodireito. 3. Morte digna. I. Constantino, Clóvis Francisco. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 344.041

Elaborado pela Bibliotecária Andréia Alessandra Alves CRB8/7588

Banca Examinadora

Clóvis Francisco Constantino

Claudia Mansani Queda de Toledo

Josimário João da Silva

## RESUMO

LINS, Monielly Farias. A Dignidade da Pessoa Humana na Perspectiva da Bioética: O fim da vida.

Este trabalho busca analisar a relação entre a dignidade da pessoa humana e os princípios da bioética aplicados ao fim da vida, com ênfase na discussão jurídica e ética sobre o direito à morte digna. A dissertação investiga como o ordenamento jurídico brasileiro, os direitos fundamentais e os princípios bioéticos convergem na tomada de decisões sobre cuidados paliativos, ortotanásia e o testamento vital. Utiliza-se uma metodologia de revisão bibliográfica, com o objetivo de compreender em que medida a morte digna pode ser reconhecida como expressão legítima da dignidade humana no contexto contemporâneo.

**Palavras-chave:** bioética; biodireito; morte digna.

## **ABSTRACT**

LINS, Monielly Farias. The Dignity of the Human Person from the Perspective of Bioethics: The End of Life.

This paper seeks to analyze the relationship between human dignity and the principles of bioethics applied to the end of life, with an emphasis on the legal and ethical discussion on the right to a dignified death. The dissertation investigates how the Brazilian legal system, fundamental rights and bioethical principles converge in decision-making on palliative care, orthotanasia and the living will. A literature review methodology is used, with the aim of understanding to what extent a dignified death can be recognized as a legitimate expression of human dignity in the contemporary context.

**Keywords:** bioethics; biolaw; dignified death.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |  |
|-------|--|
| AMB   | Associação Médica Brasileira                                       |
| BMJ   | <i>British Medical Journal</i>                                     |
| CEM   | Código de Ética Médica   |
| CF    | Constituição Federal   |
| CFM   | Conselho Federal de Medicina                                       |
| CIOMS | <i>Council for International Organizations of Medical Sciences</i> |
| CNRM  | Comissão Nacional de Residência Médica                             |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem                                    |
| DAV   | Diretiva Antecipada de Vontade                                     |
| IBGE  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                    |
| INCA  | Instituto Nacional do Câncer                                       |
| ONU   | Organização das Nações Unidas                                      |
| PNCP  | Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)                    |
| SAD   | Serviços de Atenção Domiciliar                                     |
| WMA   | <i>World Medical Association</i>                                   |

## SUMÁRIO

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1.  | INTRODUÇÃO .....   | 9  |
| 2.  | A DIGNIDADE E A BIOÉTICA .....                                   | 11 |
| 2.1 | Os direitos humanos .....  | 11 |
| 2.2 | Os direitos de personalidade .....                               | 15 |
| 2.3 | Conceitos e definições da dignidade da pessoa humana .....       | 17 |
| 2.4 | Conceitos e Definições – Bioética .....                          | 20 |
| 2.5 | A Declaração de Helsinque.....                                   | 23 |
| 2.6 | Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital .....        | 24 |
| 2.7 | Distanásia, Mistanásia e Ortotanásia.....                        | 30 |
| 2.8 | A Associação Médica Mundial e o Conselho Federal de Medicina.... | 31 |
| 3.  | O PROCESSO E A CONCRETIZAÇÃO DO FIM DA VIDA .....                | 33 |
| 3.1 | Os cuidados paliativos .....                                     | 33 |
| 3.2 | O programa “Melhor em Casa” .....                                | 36 |
| 3.3 | O fim da vida.....   | 37 |
| 4.  | O DIREITO BRASILEIRO E A DISCUSSÃO INTERNACIONAL .....           | 41 |
| 4.1 | Como o Direito Brasileiro discute o tema.....                    | 41 |
| 4.2 | Como alguns países discutem o tema.....                          | 42 |
| 5.  | CONCLUSÃO .....  | 45 |
| 6.  | REFERÊNCIAS.....   | 47 |

## 1. INTRODUÇÃO

“Se quiseres poder suportar a vida, fica pronto para aceitar a morte”. (Sigmund Freud).

O fim da vida é um fenômeno inevitável e universal, que encerra a experiência humana em todas as culturas e é a única certeza de todo o ser vivo. Entretanto, os avanços da medicina e da tecnologia trouxeram desafios éticos que vêm sendo debatidos há anos dentro e fora do judiciário. Há também diversos questionamentos filosóficos relacionados à forma como se dá o processo de morte. A mera possibilidade do prolongamento da vida biológica, diante da ausência de perspectiva de cura ou de qualidade de vida, traz questões centrais sobre o direito à autonomia, o papel do Estado, o dever dos profissionais de saúde e, ainda, o respeito à dignidade da pessoa humana.

No Brasil, no primeiro artigo da Constituição Federal de 1988, a carta magna consagra a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, sendo este princípio considerado matriz para todos os direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana se manifesta também na garantia da liberdade, da autonomia e da inviolabilidade da vida e da integridade moral e física de todos os indivíduos. Nesse mesmo entendimento, surgem diversos questionamentos, como por exemplo: é compatível com a dignidade humana submeter um paciente a tratamentos ineficazes e dolorosos, alguns deles contra sua vontade, apenas para prolongar sua existência biológica? A legislação brasileira oferece instrumentos que permitam uma morte digna? Em outras palavras, é digno postergar a morte inevitável?

Nossa discussão envolverá temas sensíveis como ortotanásia, distanásia, suicídio assistido, testamento vital e Diretivas Antecipadas de Vontade. Cada um desses institutos possui suas próprias implicações ético-jurídicas, mas todos dividem a mesma preocupação com a forma como se conduz o processo de morte. Abordaremos como alguns países, como Bélgica e Canadá, regulamentam a eutanásia ou o suicídio assistido em condições específicas. Contudo, como veremos a seguir, no Brasil, esses temas ainda encontram grande resistência, seja por razões culturais, religiosas ou políticas.

Nesta dissertação buscarei investigar o conceito de dignidade da pessoa humana e sua relação com os princípios da bioética no contexto do fim da vida, visando compreender os limites e possibilidades jurídicas para o reconhecimento da morte digna como direito fundamental, utilizando uma abordagem bibliográfica sucinta para o debate acadêmico e social sobre o tema.

Abordaremos os fundamentos jurídico-filosóficos da dignidade humana, os princípios bioéticos aplicáveis ao fim da vida, os conceitos e debates em torno da distanásia e similares, as experiências internacionais e a situação normativa no nosso País.

## 2. A DIGNIDADE E A BIOÉTICA

Neste primeiro capítulo do trabalho, analisaremos o maior conceito de todos aqui trazido: A Dignidade da Pessoa Humana. Este princípio basilar norteia não somente o direito, como norteará a pesquisa aqui exibida. Sua relação com a bioética, especialmente com a bioética que conhecemos atualmente será destrinchada minuciosamente, para que possamos efetuar as conexões propostas nesta dissertação.

### 2.1 Os direitos humanos

Etimologicamente, a palavra “dignidade” vem do latim “*dignitas*”. Atualmente, seu significado faz referência ao valor do indivíduo como ser humano. Basicamente, “existir, logo sou digno” (com a licença para reformular a frase de Descartes, “Penso, logo existo”).

Para falar sobre dignidade, iniciaremos discutindo a respeito dos direitos humanos, que representam uma conquista histórica da humanidade na luta contra a opressão, a violência, a desigualdade e tantas outras injustiças. Após diversos séculos de debates históricos e filosóficos, finalmente pudemos ter a ideia consolidada de que todos os seres humanos possuem direitos inerentes à sua pessoa, ou seja, que independem de raça, nacionalidade, religião.

Documentos como a Magna Carta (*Magna Charta Libertatum*), de 1215, a Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 tornaram-se marcos essenciais no reconhecimento de liberdades civis e políticas.

Porém, o conceito que usamos atualmente de direitos humanos foi consolidado apenas após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), como resposta necessária às diversas iniquidades cometidas durante o conflito. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) se deu em 1945 e já em 1948 foi adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu primeiro parágrafo do preâmbulo traz “o reconhecimento da dignidade

*inerente a todos os membros da família humana*". Podemos dizer que, por tal motivo, em momentos, a luta pela dignidade humana confunde-se com a construção histórica dos direitos humanos (Castilho, 2018, p. 243.).

Alguns doutrinadores costumam dividir os direitos humanos em gerações, Vasak (1979), entende que desta forma, a compreensão e a ampliação do conceito de direitos humanos podem refletir as transformações sociais que foram necessárias para sua implementação.

Os chamados direitos de primeira geração, são os direitos civis e políticos, como o direito à vida, à liberdade, ao voto e à propriedade. Na nossa Constituição (1988), esses direitos destacados se dispõem da seguinte forma:

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

Já os direitos chamados de segunda geração, são direitos econômicos, sociais e culturais, como educação, saúde, trabalho digno e previdência. Ainda em nossa Carta Magna, tais direitos destacados se dispõem da seguinte forma:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social (...).

Art. 170. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.

Por fim, os chamados direitos de terceira geração são os chamados "direitos difusos e coletivos", como o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, à paz e ao desenvolvimento. No Texto Constitucional, se dão da seguinte forma:

Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-

se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios (...) VI - defesa da paz.

Além das três gerações inicialmente trazidas por Vasak, diversos doutrinadores trazem outras “perspectivas geracionais”, adicionando uma quarta, quinta e até sexta geração. Dentre elas, a que mais chama a atenção é a chamada “quarta geração de direitos fundamentais”, onde dois doutrinadores renomados divergem seu significado.

Para o doutrinador Paulo Bonavides (2010), por exemplo, os direitos fundamentais de quarta geração são aqueles que resultam da globalização, sendo eles: o direito à democracia, a informação e o pluralismo. Nas palavras do autor (2010, p. 572).

Enfim, os direitos da quarta geração compendiam o futuro da cidadania e o porvir da liberdade de todos os povos. Tão-somente com eles será legítima e possível a globalização política.

Já na perspectiva de Norberto Bobbio (1992), o principal direito fundamental de quarta geração é a bioética. Segundo Bobbio (1992, p. 8):

Mas já se apresentam novas exigências que só poderiam chamar-se de direitos de quarta geração, referentes aos efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que permitirá manipulações do patrimônio genético de cada indivíduo. Quais são os limites dessa possível (e cada vez mais certa no futuro) manipulação?

Bobbio ainda traz uma reflexão sobre o surgimento dos direitos fundamentais, que não surgem (e não poderiam surgir) em um único momento, mas sim de acordo com a evolução da espécie e a necessidade de atualizações por parte da legislação, conforme segue (1992, p. 8):

Mais uma prova, se isso ainda fosse necessário, de que os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem — que acompanha inevitavelmente o progresso técnico, isto é, o progresso da capacidade do homem de dominar a natureza e os outros homens — ou cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas de limitações do poder; remédios que são providenciados através da exigência de que o mesmo poder intervenha de modo protetor.

A reflexão de Bobbio vai de encontro ao que a maioria dos bioeticistas prega, tendo em vista que a evolução tecnológica muda diariamente a perspectiva do debate. Com estas considerações, fica claro que diante de uma discussão sobre morte digna, Bobbio continua e continuará sendo um doutrinador atual para auxiliar a dirimir questões cotidianas. Ainda falando sobre os direitos, Bobbio reflete sobre as chamadas “gerações”: (1992, p. 8):

As primeiras, correspondem os direitos de liberdade, ou um não-agir do Estado; aos segundos, os direitos sociais, ou uma ação positiva do Estado. Embora as exigências de direitos possam estar dispostas cronologicamente em diversas fases ou gerações, suas espécies são sempre — com relação aos poderes constituídos, apenas duas: ou impedir os malefícios de tais poderes ou obter seus benefícios. Nos direitos de terceira e de quarta geração, podem existir direitos tanto de uma quanto de outra espécie.

O Brasil, como membro fundador da ONU, é signatário de diversos tratados e acordos importantes, como a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, o que reforça o dever dos Estados membros em garantir e promover os direitos humanos na extensão de seu território. Já em um contexto internacional, inúmeros tratados reforçam o compromisso dos Estados com os direitos humanos, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, de 1966 e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assinado no mesmo ano.

Como trazido por Alexandre de Moraes, na obra “Direitos humanos fundamentais”, estes direitos servem para garantir uma existência digna a todos.

“se colocam como uma das previsões absolutamente necessárias a todas as Constituições, no sentido de consagrar o respeito à dignidade humana, garantir a limitação de poder e visar ao pleno desenvolvimento da personalidade humana” (MORAES, 2011, p. 2).

Apesar dos avanços normativos e institucionais, os direitos humanos enfrentam e penso que sempre irão enfrentar, desafios como a desigualdade social, o racismo estrutural, a violência de Estado, entre outros. Em alguns casos, é possível observar que todos as leis e acordos firmados acabam não se concretizando na prática cotidiana, como pudemos observar no crescimento de discursos autoritários e

antidemocráticos em diversas partes do mundo e aqui no Brasil, como visto recentemente.

Os direitos humanos permanecerão sendo instrumentos-chave para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, assim como constam em seus objetivos constitucionais. Neste sentido, os direitos humanos representam a ética no direito, em seu grau extremo, representando os valores mais caros da humanidade, de forma que a atuação do Estado deve sempre ter por norte tal referencial (CANELA JÚNIOR, 2011, p. 36).

Nunes Júnior (2009, p. 169) define a atuação estatal como contingente à realização dos direitos fundamentais sociais. Segundo o autor:

Um dos aspectos mais intrincados na realização dos chamados direitos fundamentais sociais diz com a sua efetividade, uma vez que a concreta aplicação desses direitos, em grande parte dependentes de prestações estatais, esbarra em situações dilemáticas, contrapondo necessidades essenciais do ser humano a limites contingentes, como a chamada reserva do possível, o poder discricionário do administrador público em suas escolhas orçamentárias, o caráter programático de algumas das normas nos quais os direitos sociais se fundamentam e um possível âmbito de conformação da norma constitucional definidora de um direito social, que, por juízo de ponderação, subtrairia, em parte, a possibilidade de realização plena dos direitos sociais concretamente adotados pela Constituição.

A origem histórica de tais direitos é marcada pela luta contra opressões, e em um mundo em constante transformação, torna-se urgente reafirmar e reiterar por diversas vezes os direitos humanos como norte ético e jurídico.

## **2.2 Os direitos de personalidade**

Os direitos da personalidade são os direitos subjetivos da pessoa humana, capazes de garantir o mínimo necessário a uma vida com dignidade. A primeira característica dos direitos da personalidade é a indisponibilidade, pois são irrenunciáveis e intransmissíveis (a priori, tendo em vista que os direitos patrimoniais podem ser transmitidos, cabendo ainda tal transmissão, em caso de falecimento do detentor original de tal direito), segundo prevê o art. 11 do Código Civil de 2002.

Outra característica importante é que os direitos da personalidade são extrapatrimoniais, tendo em vista serem valores existenciais da pessoa humana. A dignidade da pessoa humana é um conjunto de valores humanizadores e civilizatórios que se incorporaram ao nosso sistema jurídico. Sendo assim, é seguro dizer que toda as normas relativas aos direitos da personalidade precisam estar diretamente ligadas à dignidade do homem. Para Jorge Miranda (1993, p. 58):

Os direitos fundamentais pressupõem relações de poder, os direitos de personalidade relações de igualdade. Os direitos fundamentais têm uma incidência publicista imediata, quando ocorrem efeitos nas relações entre os particulares; os direitos de personalidade uma incidência privatística, ainda quando sobreposta ou subposta à dos direitos fundamentais.

Para o doutrinador Antonio Junqueira de Azevedo (2002, p. 10):

O princípio jurídico da dignidade fundamenta-se na pessoa humana e a pessoa humana pressupõe, antes de mais nada, uma condição objetiva, a vida. A dignidade impõe, portanto, um primeiro dever, um dever básico, o de reconhecer a intangibilidade da vida humana.

Ainda para Azevedo (op. cit.), o que o autor chama de “ética velha” não se enquadraria mais aos problemas atuais, tendo em vista a crescente inovação tecnológica na medicina e os próprios avanços sociais. Para o jurista Paulo Bonavides (ao prefaciar o livro “Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988”, de Ingo Wolfgang Sarlet) *“nenhum princípio é mais valioso para compendiar a unidade material da Constituição que o princípio da dignidade da pessoa humana”*.

Otto Von Gierke (apud Cordeiro, 2000, p. 203) afirma que:

Chamamos de direitos da personalidade aos direitos que concedem ao seu sujeito um domínio sobre uma parte de sua própria esfera de personalidade. Com esse nome, eles caracterizam-se como ‘direitos sobre a própria pessoa’ distinguindo-se com isso, através da referência à especialidade de seu objeto, de todos os outros direitos (...) O direito de personalidade é um direito subjectivo e deve ser observado por todos.

O art. 11 do Código Civil preceitua que *“com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o*

*seu exercício sofrer limitação voluntária.*” Para doutrina, a personalidade extingue-se com morte de seu titular, mas os direitos da personalidade são vitalícios.

### **2.3 Conceitos e definições da dignidade da pessoa humana**

Como já foi trazido o conceito etimológico da palavra “dignidade”, agora abordaremos as definições doutrinárias sobre o tema. Sabemos que o fundamento (a razão propriamente dita) para o direito começa e termina com o homem, o ser humano. Assim, nas palavras de Farias e Rosenvald (2017, p. 169):

(...) impõe reconhecer a elevação do ser humano ao centro de todo o sistema jurídico, no sentido de que as normas são feitas para a pessoa e para a sua realização existencial, devendo garantir um mínimo de direitos fundamentais que sejam vocacionados para lhe proporcionar vida com dignidade. (abreviações nossas).

Para Miranda (2006, p. 131):

Pelo menos, de modo directo e evidente, os direitos, liberdades e garantias pessoais e os direitos económicos sociais e culturais comuns têm a sua fonte ética na dignidade da pessoa, de todas as pessoas.

Ainda para Miranda (op. cit., p. 133) que fez uma ampla uma análise conexão entre a constituição Portuguesa e a dignidade da pessoa humana, podemos fazer uma analogia com a própria dignidade da pessoa humana como contexto geral (no cenário brasileiro e mundial), pois tal princípio é inseparável do ser humano, independente de sua nacionalidade, conforme segue:

- a) a dignidade da pessoa humana reporta-se a todas e cada uma das pessoas e é a dignidade da pessoa individual e concreta;
- b) a dignidade é da pessoa enquanto homem e enquanto mulher;
- c) cada pessoa vive em relação comunitária, o que implica o reconhecimento por cada pessoa de igual dignidade das demais pessoas;
- d) cada pessoa vive em relação comunitária, mas a dignidade que possui é dela mesma, e não da situação em si;
- e) o primado da pessoa é o do ser, não o do ter; a liberdade prevalece sobre a propriedade;
- f) só a dignidade justifica a procura da qualidade de vida;
- g) a proteção da dignidade das pessoas está para além da cidadania portuguesa e postula uma visão universalista da atribuição dos direitos; e

- h) a dignidade pressupõe a autonomia vital da pessoa, a sua autodeterminação relativamente ao Estado, às demais entidades públicas e às outras pessoas.

Dito isto, a dignidade, sendo inerente à sua existência, é concreta e personalíssima e é um dos princípios que norteiam suas ações para com outros e as dos outros para consigo, servindo de parâmetro ético das relações sociais, políticas e econômicas. Por isso, observa-se que o princípio da dignidade da pessoa humana não representa um direito em si, visto que a dignidade não é algo que alguém precise postular ou reivindicar, tendo em vista que, como dito, decorre da própria existência humana. Para Kant (2003, p. 92) “*Aquilo que não tem preço e, portanto, não admite equivalente, possui dignidade*”. Portanto, o ser humano tem dignidade e não um preço, como acontece com as coisas (Comparato, 2017, p. 34).

Ingo Wolfgang Sarlet (2011, p. 16) estabelece que a dignidade da pessoa humana é:

(...) qualidade intrínseca e indissociável de todo e qualquer ser humano e certos de que a destruição de um implicaria a destruição do outro, é que o respeito e a proteção da dignidade da pessoa (de cada uma e de todas as pessoas) constituem-se (ou, ao menos, assim o deveriam) em meta permanente da humanidade, do Estado e do Direito. (abreviações nossas).

Com a evolução natural do ser humano e da sua concepção sobre si mesmo, a dignidade da pessoa humana passou por diversas interpretações, chegando à lição de Luís Roberto Barroso (2010, p. 4):

[...] tem origem religiosa, bíblica: o homem feito à imagem e semelhança de Deus. Com o iluminismo e a centralidade do homem, ela migra para a filosofia, tendo por fundamento a razão, a capacidade de valoração moral e autodeterminação do indivíduo. Ao longo do século XX, ela se torna um objetivo político, um fim a ser buscado pelo Estado e pela sociedade. Após a 2ª Guerra Mundial, a ideia de dignidade da pessoa humana migra paulatinamente para o mundo jurídico, em razão de dois movimentos. O primeiro foi o surgimento de uma cultura pós-positivista, que reaproximou o Direito da filosofia moral e da filosofia política, atenuando a separação radical imposta pelo positivismo normativista. O segundo consistiu na inclusão da dignidade da pessoa humana em diferentes documentos internacionais e Constituições de Estados Democráticos.

Ainda, para Bittar e Almeida (2012, p. 491) que

O ser humano é aquele que possui a liberdade, que tem a possibilidade de, ao menos teoricamente, determinar seu “dever-ser”. É essa possibilidade que deve ser levada em conta, respeitada, considerada. A essência da dignidade do ser humano é o respeito mútuo a essa possibilidade de escolha. A especificidade do ser humano é sua liberdade. A dignidade a ele inerente consistirá no respeito a essa possibilidade de escolha.

Apesar da Constituição Federal ter definido em seu primeiro artigo a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental para a constituição da República, este princípio encontra-se explícita ou implicitamente distribuído na extensão de todo o texto constitucional. O conceito de dignidade humana pode ser considerado vago, ou subjetivo, como dito por Schroeder (2012) e isso traz diversas implicações, pois deixa sujeito a interpretações. Mas este “conceito aberto” traz algumas virtudes, como por exemplo, permitindo que este princípio se adapte a novas situações. Há de se observar também o extenso progresso desde a publicação do Código de Nüremberg, da Declaração Universal de Direitos Humanos e da Declaração de Helsinki.

A dignidade pressupõe a igualdade entre os pares e a virtude moral é um meio termo, conforme trazido por Aristóteles (2021) e de acordo com Sarlet (2024, p. 50) *“mesmo aquele que já perdeu a consciência da própria dignidade merece tê-la (sua dignidade) considerada e respeitada”*. Outro pilar da dignidade humana seria a liberdade, que segundo alguns filósofos, é a liberdade de escolha que traz a responsabilidade moral do ser humano (Fluck, 2011, p. 11). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu primeiro artigo, traz em destaque os dois pilares da dignidade humana: *“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”*

Já para Kant (2003, p. 58-59) *“o homem - e, de uma maneira geral, todo ser racional - existe como fim em si mesmo, e não apenas como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade.”* E é a partir daí que Kant extraiu o princípio basilar de sua ética: *“age de tal maneira que tu possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente, como fim e nunca simplesmente como meio”*. Assim, ao tratar o outro (ou o próximo) como fim, você passa a reconhecer sua própria humanidade.

Aprofundando uma análise da visão de Kant, há um consenso dos doutrinadores de que suas afirmações até hoje são a formulação mais consistente da natureza do homem e de suas relações sociais e interpessoais. Em sua obra já citada, Kant propõe que os princípios e leis tenham origem a partir do homem do sujeito e não que tenham influências externas para agir “no” sujeito, reiterando seu entendimento de que “o homem é um fim em si mesmo”. Ou seja, o ser humano possui um valor inerente, incondicional e inegociável, sendo este valor a dignidade. Citando sua obra *Direito natural Feyerabend* (apud Costa, 2021, p. 67-68):

O ser humano é, assim, um fim em si mesmo, e só pode ter, portanto, um valor interno, i.e. uma dignidade, em cujo lugar não pode ser posto nenhum equivalente. Outras coisas têm um valor externo, i.e. um preço contra o qual alguma coisa que sirva para o mesmo fim possa ser posta como equivalente. O valor interno do ser humano baseia-se em sua liberdade, no fato de que ele tem uma vontade própria (V-NR, AA 27: 1319).

E para Sarlet (2014, p. 60), que se tornou um dos principais estudiosos sobre o tema:

A dignidade da pessoa humana consiste na qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o torna merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da sociedade, implicando, nesse sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais.

## **2.4 Conceitos e Definições – Bioética**

A palavra Bioética é uma junção de “*bio*”, que advém do grego *bios* e significa vida no sentido animal e fisiológico do termo (ou seja, *bio* é a vida pulsante dos animais, aquela que nos mantém vivos enquanto corpos), e *ethos*, que diz respeito à conduta moral. De acordo com Porfírio:

A Bioética é uma área de estudo interdisciplinar que envolve a Ética e a Biologia, fundamentando os princípios éticos que regem a vida quando essa é colocada em risco pela Medicina ou pelas ciências.

A disciplina tem como objetivo refletir de forma crítica sobre os limites e alcances da intervenção humana sobre a vida, buscando garantir o respeito à dignidade, à autonomia, aos direitos fundamentais da pessoa humana e outros princípios fundamentais.

Para Byk (2015, p. 56) o direito e a bioética “*não são realidades separadas, mas vivem em uma relação dialética*”. Ainda de acordo com o autor (p. 65), a bioética introduz um debate público ao qual confere uma dimensão política.

De acordo com Goldim (2006, p. 1) “*o termo "bioética" surgiu em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão Kosmos, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (bio + ethik)*”, ao contrário do que antes pensava, que a origem do termo era atribuída a Van Rensselaer Potter, quando publicou o artigo “*Bioethics: the science of survival*”, em 1970 e em 1971 abordou o tema extensamente em sua obra “*Bioethics: bridge to the future*”, onde demonstra que a bioética é uma forma de garantir a sustentabilidade da vida no planeta, pois trata não apenas de questões médicas, mas também ambientais, sociais e filosóficas.

Para Aguiar (2017, p. 91) a bioética critica tudo que atente contra a vida e a saúde, e sua meta é “*uma autonomia da consciência e a edificação de uma sociedade democrática, sob pena de permanecer na superficialidade dos problemas éticos e de cultivar uma visão disforme da realidade [...]*”. Segundo Cortella (2009, p. 102), a ética é essencial para a convivência entre seres humanos, e “*os nossos princípios e os nossos valores para existirmos juntos [...] é o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta*”.

Como salienta Fabríz (2003, p. 287), se é verdade que a liberdade científica não deve ser censurada, [isso] não quer dizer que a sua atuação possa ir às raias das transgressões aos princípios do direito à vida e da dignidade da pessoa humana. Isto se dá, porque o limite da ciência devem ser os direitos, nos quais precisamos sempre identificar o amparo na preservação da vida digna e justa. Na perspectiva de Fluck (2011, p. 12) a ética visa estabelecer uma norma de conduta universal segundo princípios racionais. O modo de pensar de certa perspectiva filosófica, objetiva apontar a direção de um agir correto.

Aristóteles (2021, p. 96) inicia o desenvolvimento da discussão acerca da justiça afirmando que:

Vemos que todos os homens entendem por justiça aquela disposição de caráter que torna as pessoas propensas a fazer o que é justo, que as faz agir justamente e desejar o que é justo; e do mesmo modo, por injustiça se entende a disposição que as leva a agir injustamente e a desejar o que é injusto.

Assim, justiça é vista por Aristóteles como algo prático, e ela é a maior das virtudes. Justo é aquele que age segundo as leis e alcança a harmonia de acordo com a teleologia da ação. Justo é aquele que respeita as leis (justiça absoluta) e a igualdade (justiça particular). Injusto é quem viola a lei, usurpa o que lhe não é devido e não respeita a igualdade.

Nesse contexto histórico, surgiu a chamada “bioética principialista”, que foi sistematizada por Beauchamp e Childress em sua obra clássica *Principles of Biomedical Ethics*, publicada em 1979, e hoje encontra-se em sua oitava edição, onde se definem os quatro princípios fundamentais da bioética como sendo:

1. Autonomia – o respeito à vontade do paciente (focaremos um pouco mais neste princípio logo a seguir);
2. Beneficência – agir para o bem do paciente;
3. Não maleficência – evitar causar dano;
4. Justiça – distribuição equitativa dos recursos de saúde.

A autonomia, a beneficência e a não maleficência fazem alusão do Juramento de Hipócrates. Para CONSTANTINO, OSELKA e HIRSCHHEIMER (2009, p. 198 - 199):

A beneficência, *strictu senso*, significa atuar no melhor interesse do paciente, maximizando os possíveis benefícios dos atos médicos.

A não-maleficência, *strictu senso*, significa prevenir, impedir ou pelo menos minimizar os prejuízos que podem ocorrer ao paciente em função de atos médicos.

Beneficência e não-maleficência são deveres independentes, não excludentes, cujo exercício é condicionado as circunstâncias do atendimento médico nos diversos momentos de sua execução. A autonomia é o direito que a pessoa tem de tomar decisões ou participar da tomada de decisões que afetem sua vida; é o direito de decidir por si mesma sobre sua saúde e seu bem-estar. (...) quando o benefício da sobrevivência não for mais possível, persistirá o benefício da diminuição do sofrimento, seja ele físico, emocional, afetivo, social ou espiritual.

## 2.5A Declaração de Helsinque

A Declaração de Helsinque é um conjunto de princípios éticos criados para regerem a pesquisa com seres humanos, visando não repetir os erros e abusos que por vezes foram feitos por parte dos pesquisadores. O documento foi redigido pela Associação Médica Mundial em 1964 e emendada por dez vezes desde o seu texto original, sendo a última atualização em outubro de 2024, na Finlândia, durante a 18ª edição da Assembleia Geral da Associação Médica Mundial.

Em sua primeira emenda (1975), os cinco princípios básicos, passaram a ser 12, acrescentando-se entre eles, a preocupação com a legalidade das pesquisas, tanto no aspecto da pesquisa clínica terapêutica, quanto no aspecto da pesquisa biomédica puramente científica. As emendas posteriores, foram relativamente menores, mas grandemente significativas. Incluiu a busca do consentimento dos menores, sempre que possível, valores trazidos constantemente por Constantino, Barros, Hirschheimer e Monteiro (2009).

Desde 1982, a Declaração conta com a colaboração de um guia universal da *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a partir daí desenvolveram as suas Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos.

Já nos anos 2000, fez-se necessária outra emenda devido às duras críticas aos estudos conduzidos na África, que testaram medicamentos visando à prevenção da transmissão vertical do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e que foram controlados através de placebo. Tal revisão trouxe as questões essenciais que são estudadas até hoje para o controle e uso dos placebos nas pesquisas clínicas, propondo que métodos novos devem ser testados em comparação com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos comprovados atualmente.

Conforme segue:

A pesquisa médica só é justificada se houver uma probabilidade razoável de que as populações entre as quais a pesquisa for realizada obtiverem benefícios através dos resultados", e exige acesso aos benefícios para todos os participantes do estudo. (tradução nossa).

A Declaração de Helsinque salienta também a necessidade de proteção adicional para pessoas com autonomia diminuída, conforme veremos no decorrer deste trabalho, e suscita precaução, por parte do médico-pesquisador, quando este envolve seus próprios pacientes na pesquisa, buscando a prevenção ao conflito de interesse. A declaração consagra a bioética entre os direitos humanos internacionais, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e liberdades fundamentais e por isso, sua promulgação tornou-se um marco histórico.

## **2.6 Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital**

Para falar sobre as diretivas antecipadas de vontade, ainda que os princípios bioéticos não tenham ordem de importância, iniciaremos falando sobre a autonomia. A palavra "autonomia" vem do grego "*autos*", que significa "próprio" ou "por si mesmo", e "*nomos*", que significa "lei" ou "regra", fazendo alusão ao sentido de "governar a si mesmo".

Porém, no contexto da bioética, a autonomia propriamente dita é remetida à capacidade de deliberar e de agir em relação aos objetivos pré-ordenados, neste caso, nas decisões que remetem ao cuidado com a vida ou aos preparativos para que o fim dela seja o mais apropriado possível, considerando os valores individuais de cada agente.

Na relação médico-paciente, o princípio da autonomia deve ser a base que fomenta a conduta médica, dentro dos padrões éticos estabelecidos para o exercício da profissão. Ainda no contexto da bioética médica, segundo Marchi; Sztajn (1998, p. 42) o princípio da autonomia pode ser definido como:

“poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente.”

Os princípios humanitários devem nortear toda a conduta médica, sendo assim, quando o médico reconhece a autonomia do paciente, automaticamente está reconhecendo que sua dignidade não cessou, ainda que sua saúde esteja comprometida.

Para conceituar as Diretivas Antecipadas de Vontade, buscaremos o entendimento de Thompson (2015):

As Diretivas Antecipadas são instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas como uma doença terminal ou um dano irreversível. As Diretivas Antecipadas produzem efeito quando o médico determina que o paciente não é mais capaz de decidir acerca de seus cuidados médicos.

O mesmo autor também diferencia o testamento vital do mandato duradouro:

Testamento vital é documento em que o paciente define os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não para si mesmo. Mandato duradouro (procurador para cuidados de saúde): documentos em que o paciente escolhe alguém em quem confia para que essa pessoa tome decisões em nome do paciente quando este não puder fazê-lo.

Na perspectiva de Tomelin, Pecêgo e Nunes (2024, p. 16):

Trabalhamos com direitos e situações jurídicas subjetivas diáfanos em direito da saúde. Circunscrever tais limites é o que vai dar o perfeito gizamento da exteriorização da vontade dos pacientes e sobre quanto estavam eles em condições de decidir.

Sendo assim, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) são documentos e instruções nas quais uma pessoa, capaz e plena em suas faculdades mentais, expressa previamente suas decisões sobre tratamentos médicos que deseja ou não. A ideia geral das Diretivas tem como base o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, conforme já descrito acima como um dos pilares da bioética.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução CFM n.º 1995/2012, que define:

Diretivas antecipadas de vontade são o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos

que quer, ou não, receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Embora esta resolução não exija que as DAVs sejam registradas em cartório, é recomendável que o documento seja lavrado em cartório por escritura pública, ou ao menos redigido com firma reconhecida e sua cópia seja encaminhada ao médico responsável, à instituição de saúde ou que tenha sempre em mãos, próximo a algum documento de identificação. Tem-se a perspectiva de que a Diretiva converse diretamente com os cuidados paliativos, caso sejam necessários, e que seu foco seja manutenção da qualidade da vida do paciente. A resolução destaca que este documento, apesar de ser jurídico, é do paciente – assim como seu prontuário – e que produzirá efeitos na relação médico-paciente.

Importante lembrar que em 2013 o Ministério Público Federal ajuizou a ação de n.º 1039-86.2013.4.01.3500, contra o Conselho Federal de Medicina, visando a revogação da mencionada resolução, sob algumas alegações, entre elas a de que *“somente a União, por meio do Congresso Nacional, poderia dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, nos termos do art. 22, incisos I, XVI e XXIII, da Constituição Federal”*, caracterizando um desvio de seu poder regulamentar, o que contrariava expressamente o princípio da autonomia, que fundamentou a própria criação da resolução.

Já o Conselho da Justiça Federal, durante VI Jornada de Direito Civil tratando-se das Diretivas Antecipadas de Vontade, o Enunciado n. 533 teve como justificativa:

“O crescente reconhecimento da autonomia da vontade e da autodeterminação dos pacientes nos processos de tomada de decisão sobre questões envolvidas em seus tratamentos de saúde é uma das marcas do final do século XX. Essas mudanças vêm se consolidando até os dias de hoje. Inúmeras manifestações nesse sentido podem ser identificadas, por exemplo, a modificação do Código de Ética Médica e a aprovação da resolução do Conselho Federal de Medicina sobre diretivas antecipadas de vontade. O reconhecimento da autonomia do paciente repercute social e juridicamente nas relações entre médico e paciente, médico e família do paciente e médico e equipe assistencial. O art. 15 deve ser interpretado na perspectiva do exercício pleno dos direitos da personalidade, especificamente no exercício da autonomia da vontade. O “risco de vida\* será inerente a qualquer tratamento médico, em maior ou menor grau de frequência. Por essa razão, não deve ser o elemento complementar do suporte fático para a interpretação do referido artigo. Outro ponto relativo indiretamente à interpretação do art. 15 é a verificação de como o processo de consentimento informado deve ser promovido para adequada informação do paciente. O processo de

consentimento pressupõe o compartilhamento efetivo de informações e a corresponsabilidade na tomada de decisão”.

E ainda durante V Jornada de Direito Civil, no Enunciado n. 528 diz que:

“É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado "testamento vital", em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade”

Para o doutrinador e professor Flávio Tartuce (2017), o testamento é *“um negócio jurídico unilateral, personalíssimo e revogável pelo qual o testador faz disposições de caráter patrimonial ou extrapatrimonial, para depois de sua morte”* e o "testamento vital" pode ser definido a partir de um documento escrito, onde uma pessoa especifica qual a forma que deseja ser tratada, quais os tratamentos que aceita ou recusa, frente a uma doença ou situação que a impossibilite de manifestar plenamente sua vontade.

Existe uma discussão doutrinária a respeito do uso do termo “testamento”, tendo em vista que o testamento gera efeitos após a morte, o que não definiria o testamento vital e a diretiva antecipada de vontade, cujos efeitos serão válidos ainda que o paciente esteja vivo, mas incapaz de expressar sua vontade naquele momento ou para aquela ocasião específica. Para Lôbo (2024), o testamento vital:

É negócio jurídico unilateral sujeito a condição suspensiva, isto é, o advento de causa, mesmo transitória, que impeça o declarante de exprimir livremente sua vontade. Sua validade é assegurada pelo direito brasileiro, pois, para sua realização, supõe-se a capacidade do agente, a inexistência de forma legal determinada e a licitude do objeto (Código Civil, artigo 104), além de não ser resultante de defeito do negócio jurídico (Código Civil, artigo 171). No que concerne ao testamento, a aplicação analógica desse instituto é adequada.

Atualmente há mais cinco documentos de manifestação de vontade do paciente, além do testamento vital, utilizadas principalmente em outros países. São eles: A procuração para cuidados de saúde; as diretivas antecipadas psiquiátricas; as diretivas antecipadas para demência; a ordem de não reanimação e o plano de parto.

A Procuração para cuidados de saúde, que também se tornou conhecida como mandato duradouro, é o ato no qual o paciente nomeia procurador (um ou mais), para tomar decisões em seu nome quando não puder fazê-lo. Diferentemente do

testamento vital, não se aplica somente à situação de fim de vida. As diretivas antecipadas psiquiátricas, tem a finalidade de proteger a autonomia do paciente psiquiátrico, deixando predeterminada algumas informações.

Já as diretivas antecipadas para demência é um documento mais recente, criado em 2017 por médico geriatra americano, que demonstrou para discutir a demência dentro do testamento vital, alegando de que a demência se diferencia de outras doenças crônicas. Neste documento (feito antes do diagnóstico, visando não “contaminar” suas decisões depois do diagnóstico), o paciente determina como gostaria de ser cuidado caso venha a ser diagnosticado.

A ordem de não reanimação é mais comum nacionalmente (mas mais comum na América do Norte), e é um documento no qual o paciente informa que se o seu coração parar de bater ele não será reanimado. E o plano de parto vem sendo cada dia mais discutido nas maternidades brasileiras, onde a parturiente decide previamente como ela deseja que o parto de seu filho aconteça.

Fazendo alusão às Diretivas, o prontuário do paciente e o consentimento informado também são componentes basilares para o respeito e a indicação de vontade dos pacientes. Para Constantino, Barros, Hirschheimer e Monteiro (2009, p. 203) *“O prontuário constitui-se num instrumento de fé pública e é de fundamental importância para o paciente”*.

Já no entendimento de Aristóteles (2021, p. 37), *“Os próprios agentes devem, em caso, considerar o que é apropriado para a ocasião, como acontece também na arte da medicina ou da navegação”*. Sendo assim, a ética do próprio profissional deve nortear sua atuação.

Ainda sobre o consentimento informado, é importante tomar nota das considerações de feitas por Constantino, Barros, Hirschheimer e Monteiro (2009, p. 206-207):

A obtenção do Consentimento Informado é uma manifestação de respeito à autonomia do paciente que traduz uma concordância, precedida de esclarecimentos a respeito de um determinado ato médico, abrangente e em

termos que possam ser satisfatórios para o entendimento do paciente ou seus responsáveis legais.

O registro em prontuário do Consentimento Informado pode ser feito por meio de um formulário. Este, entretanto, não pode ser um documento padrão para todos os procedimentos, pois a diversidade de situações na Medicina é tamanha que a previsão delas num único documento específico é impossível.

O Consentimento Informado pode ser obtido só verbalmente, sem a assinatura do paciente ou do responsável legal expressa em documento. Nesse caso, a reunião do paciente e/ou de seus responsáveis legais com os membros da equipe multidisciplinar que transmitiram os esclarecimentos e obtiveram o consentimento deve ser detalhadamente registrada no prontuário do paciente (como se fosse uma ata da reunião), de preferência assinada também por testemunhas que participaram da reunião.

(...) Consentimento Informado é o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do paciente ou de seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor, para a aceitação de um tratamento ou procedimento médico específico, que os conscientize de seus riscos, benefícios e possíveis consequências.

Tratando-se de diretivas antecipadas de vontade, é essencial trazermos a discussão para o ponto de vista da convicção religiosa, contextualizando os perigos aos quais o paciente se submete quando explicitamente nega à intervenção médica. Tal questão foi enfrentada por Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho (2025, p. 163), apontando tais autores que:

(...) nenhum posicionamento que se adotar agradará a todos, mas parece-nos que, em tais casos, a cautela recomenda que as entidades hospitalares, por intermédio de seus representantes legais, obtenham o suprimento da autorização judicial pela via judicial, cabendo ao magistrado analisar, no caso concreto, qual o valor jurídico a preservar.

A maior parte dos doutrinadores e médicos entende que, em casos de emergência, deverá ocorrer a intervenção cirúrgica, pois o direito à vida merece maior proteção do que o direito à autonomia e a liberdade religiosa. O Tribunal de Justiça de São Paulo tem seguido este mesmo posicionamento, afastando eventual direito à indenização do paciente que, mesmo contra a sua vontade – expressa em prontuário, vocalmente, diretiva antecipada de vontade ou por parentes, recebeu a transfusão:

“INDENIZATÓRIA - Reparação de danos - Testemunha de Jeová - Recebimento de transfusão de sangue quando de sua internação - Convicções religiosas que não podem prevalecer perante o bem maior tutelado pela Constituição Federal que é a vida - Conduta dos médicos, por outro lado, que pautou-se dentro da lei e ética profissional, posto que somente efetuaram as transfusões sanguíneas após esgotados todos os tratamentos alternativos - Inexistência, ademais, de recusa expressa a receber transfusão

de sangue quando da internação da autora - Ressarcimento, por outro lado, de despesas efetuadas com exames médicos, entre outras, que não merece acolhido, posto não terem sido os valores despendidos pela apelante - Recurso não provido". (Tribunal de Justiça de São Paulo, Apelação Cível n. 123.430-4 - Sorocaba - 3ª Câmara de Direito privado - Relator: Flávio Pinheiro - 07.05.02 - V. U.)

## 2.7 Distanásia, Mistanásia e Ortotanásia

Mistanásia é um termo bioético desenvolvido pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos, em 1989 (p. 6). Fabri desenvolveu esse conceito para desconstruir a ideia de "eutanásia social". Etimologicamente, a palavra "mistanásia" é composta pelos elementos gregos "*mis*" (infeliz, miserável, odioso) e "*thánatos*" (morte), e refere-se a uma morte miserável, agonizante e dolorosa.

A ortotanásia é a ideia da promoção da morte no momento certo (*orto*: certo, *thanatos*: morte). Nem antes, como ocorre no caso eutanásia – que não é permitida no Brasil e não será discutida neste trabalho – e nem depois, como na distanásia, que abordaremos logo a seguir. Desta forma, a ortotanásia busca descartar tratamentos agressivos e ineficientes, que não reverterão possuem expectativa de remissão do quadro do paciente.

No Estado de São Paulo, temos a Lei n.º 10.241/99 – Lei dos Usuários dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo, conhecida como "Lei Mário Covas", em seu art. 2º, XXIII e XXIV ser "*direito dos usuários de saúde recusar tratamento doloroso ou extraordinário que apenas prolongue a vida e optar pelo local da morte*".

Já a distanásia se refere ao emprego de todos os meios terapêuticos possíveis (obstinação terapêutica, descrita no Código de Ética Médica) a fim de prolongar ao máximo a existência física ou melhor, postergar a morte do paciente terminal, ainda que prorrogue o sofrimento e que a capacidade de reversão do quadro clínico seja cientificamente nula. Levando isso em consideração, a bioética tradicional, ligada ao entendimento principialista, inicia a discussão sobre o direito de pacientes terminais à morte digna, que discutiremos mais adiante.

Para Maria Helena Diniz, a distanásia, obstinação terapêutica ou futilidade médica é meio que causa sofrimento atroz ao paciente, por isso, a doutrinadora nos traz uma reflexão (2010, p. 417).

Deve-se insistir num tratamento inútil, que leva à morte lenta com muito sofrimento, sacrificando a dignidade humana? Essa obstinação terapêutica deve ser admitida juridicamente?

## **2.8A Associação Médica Mundial e o Conselho Federal de Medicina**

As instituições que regulam e prestam orientações à prática médica no plano nacional e internacional desempenham papel essencial na proteção da dignidade humana, ainda mais em contextos bioéticos.

A Associação Médica Mundial (*World Medical Association - WMA*) foi fundada em 1947, após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de promover e ajustar os padrões éticos na medicina. Um de seus documentos mais influentes é a mencionada Declaração de Helsinque, que manifesta o compromisso da medicina com os direitos humanos e os princípios bioéticos já mencionados.

Em 1986, o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana (Estados Unidos da América) estabeleceu que:

... no caso em que a morte não seja iminente, mas no qual o estado de coma do paciente é, sem dúvida alguma, irreversível, existindo garantias para confirmar a precisão do diagnóstico e contato e assessoria daqueles que têm a responsabilidade pelo paciente, não é contrário à ética sustar o tratamento médico que prolonga a vida.

Com isso, houve a aprovação da Lei de Autodeterminação do Paciente (PSDA, na sigla em inglês), pelo Congresso, em 1º de dezembro de 1991.

Já o Conselho Federal de Medicina (CFM) é o órgão responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da medicina no Brasil, com base em princípios éticos e científicos trazidos pela Associação Médica Mundial.

O Código de Ética Médica, que teve sua última atualização por meio da Resolução CFM n.º 2.217/2018, estabelece, logo no preâmbulo que “*A medicina será exercida com a atenção voltada para a saúde do ser humano, para o bem-estar do paciente e para a dignidade da pessoa humana*”.

Além disso, através de suas diversas resoluções (a Resolução n.º 1.805/2006, por exemplo), o Conselho demonstra um firme posicionamento sobre questões bioéticas, como a ortotanásia, o direito à recusa terapêutica, aos cuidados paliativos, entre outros.

1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

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

Ambas as instituições exercem um papel relevante na proteção dos direitos humanos, pois atuam como instâncias reguladoras e orientadoras da conduta médica, mas também como agentes de proteção dos direitos humanos. Ao reconhecerem a centralidade da dignidade humana, e o ser humano em si (a razão da dignidade, conforme mencionamos) elas agem onde a simples tecnicidade não basta e vão além da medicina, entrando na visão humana da profissão.

### 3. O PROCESSO E A CONCRETIZAÇÃO DO FIM DA VIDA

Já neste capítulo, abordaremos com sensibilidade a vulnerabilidade dos cuidados paliativos, com foco no fim da vida. A origem da palavra paliativo vem do latim “*pallium*” que significa “manto”. Faz alusão ao sentido de “cobrir” ou “proteger” alguém, ou ainda diminuir o sofrimento que lhe está sendo causado.

#### 3.1 Os cuidados paliativos

Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o objetivo de tais cuidados é “amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Isso exige uma equipe que integra todas as áreas da vida da família e do indivíduo que necessita desse tipo de apoio, de acordo com cada caso”.

Já o Instituto Nacional do Câncer – INCA, define os cuidados paliativos como sendo “*cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida*”. Este mesmo instituto definiu em sua cartilha os princípios norteadores dos cuidados paliativos, sendo estes: Oferecer suporte para auxiliar os pacientes a terem uma sobrevida o mais útil possível; atuar com equipes interdisciplinares e com profissionais capacitados; promover os cuidados e o manejo das complicações clínicas que causam sofrimento ao paciente; respeitar a morte como um processo natural do ciclo da vida, buscando não antecipá-la ou adiá-la e oferecer suporte para a família no período da doença e após o óbito.

Em outras palavras, os cuidados paliativos são multiprofissionais e multidisciplinares, não resumindo a atuação do profissional de saúde a curar, mas sim a cuidar do paciente, e de acordo com Arantes (2019, p. 36):

Os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer.

Em contraponto, Josimário Silva ressalta que a medicina sempre tem algo a oferecer, pois o cuidado – e os recursos medicinais – não findam com um diagnóstico

de uma doença degenerativa sem perspectiva de cura. Ainda parafraseando o citado professor “... Toda morte fere a dignidade das pessoas, a escala de valor do doente é diferente da nossa e o sofrimento é personalíssimo.”

O assunto “morte digna” é raramente citado entre as pessoas leigas (e também pelas que não tem ou tiveram contato com moléstias graves) e a consequência disso é a disseminação de um conhecimento errôneo sobre o tema. Muitos pensam que Cuidados Paliativos é o ato de sedar o paciente e esperar a morte chegar, pois imaginam que alguém “sem dor” ou inconsciente, “parte” de maneira digna. Outros pensam que “morte digna” é apoiar e/ou praticar a eutanásia, acelerando o processo de morte. Ainda citando Arantes (2019, p. 35):

O sofrimento, porém, é algo absoluto, único. Totalmente individual. Podemos ver as doenças se repetirem no nosso dia a dia como profissionais de saúde, mas o sofrimento nunca se repete. Mesmo que o tratamento possa oferecer alívio para a dor, a experiência da dor passa por mecanismos próprios de expressão, percepção e comportamento.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2023, uma pessoa nascida no Brasil tinha expectativa de viver, em média, até os 76,4 anos e em comparação ao ano de 1940, houve um aumento de 30,9 anos nesta estimativa. Com o crescimento de tal expectativa, as moléstias que nos atingem conforme a idade se eleva aumentam e trazem à tona o debate sobre a sua qualidade e, por consequência, sobre como será o seu fim.

Nas palavras de Constantino (2009):

Se a única certeza que cada ser humano pode ter na vida é a de sua própria morte, é paradoxal que vivamos em uma sociedade que tenha tanta dificuldade em lidar com esse fenômeno existencial. Embora qualquer um possa compreender a tenacidade com que cada pessoa se agarra à vida e sentir o pavor que pensar na própria morte desperta, nossa cultura considera falar na morte algo “mórbido” e, mesmo pensar nela pode ser o prenúncio da queda no abismo da depressão; pode estar sinalizando a ideia do suicídio.

Segundo dados coletados por Gomes (2025) sobre a qualidade da morte no Brasil, que também evidencia a qualidade em cuidados paliativos nas instituições médicas:

Compreender como o Brasil lida com os cuidados paliativos é olhar de perto para a forma como o Sistema Único de Saúde (SUS) gerencia o fim da vida da população. Segundo dados publicados em 2022, coletados em 2021 pelo *The Journal of Pain and Symptom Management*, o País ocupa a 79ª posição em um ranking global sobre a qualidade da morte e oferta de serviços paliativos, elaborado com base na opinião de 181 especialistas de 81 países.

Já na percepção da alta a pedido, que ocorre quando o paciente entende que apesar os esforços da equipe médica o tratamento não mudará seu quadro, e passa a desejar manter os cuidados paliativos em domicílio (para tais casos, popularmente conhecido como *home care*), Constantino, Oselka e Hirschheimer (2009, p. 197-198) dizem:

ALTA A PEDIDO, isto é, o paciente ou seus responsáveis são os que querem a ação e querem assumir o ato pelos mais variados motivos.

(...) interrupção do tratamento abrupta, bem distante do momento em que seria um ato natural decorrente de uma evolução clínica favorável, portanto um momento crítico. uma absoluta exceção na assistência médica. No que diz respeito a este documento, a ALTA A PEDIDO refere-se a uma situação de conflito.

Essas são situações nas quais deverá prevalecer o princípio da autonomia do paciente em relação ao princípio da beneficência alegável. Isso não ocorrendo, configurar-se-ia um uso exagerado e inadequado da beneficência, que tem origem em paternalismo autoritário e anacrônico, equivocadamente baseado na assimetria da relação médico-paciente mal administrada, ainda habitual do médico, por ser detentor do saber científico.

No contexto histórico mundial, a discussão sobre cuidados paliativos surgiu a partir da década de 1960, com a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross, que foi pioneira da Tanatologia (do grego “*thanatos*”, que significa "morte", e “*logos*”, que significa "estudo" ou "ciência) e a enfermeira, assistente social e médica oncologista inglesa Dame Cicely Saunders, que será mencionada mais a seguir.

Já no contexto literário internacional, em artigos disponíveis especialmente no *USA National Library of Medicine (PubMed)*, os cuidados paliativos são associados a benefícios e melhorias para o paciente, conforme trazido por Radbruch et al. (2020), as principais finalidades seriam: um melhor planejamento de cuidados; melhora considerável na qualidade de vida e a redução de sintomas advindos das moléstias.

Já no Brasil, o pioneirismo veio de Porto Alegre (RS), com a Profa. Dra. Miriam Marteleite, anestesiolegista, médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que em 1979 fundou o Serviço de Dor no Hospital de Clínicas, e em 1983 o Serviço de Cuidados Paliativos. Em seguida, na cidade de São Paulo (SP), o médico Dr. Antonio Carlos Camargo de Andrade Filho, fisiatra, médico pela Faculdade Estadual de Medicina de Marília, fundou o Serviço de Dor da Santa Casa de Misericórdia em 1983 e em 1986 o de Cuidados Paliativos.

A partir deste ponto, a medicina paliativa foi disseminada entre os estados brasileiros, chegando a ser reconhecida como área de atuação oficial pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM n.º 1.973/2011, mantendo-se até os dias atuais. Diversos programas de residência foram criados, buscando capacitar os médicos para atuar nesta vertente da medicina.

A Comissão Mista de Cuidados Paliativos dos Conselhos de Classe da Saúde foi criada, reforçando o compromisso com o tema. Tal comissão traz à lume os esforços conjuntos de diversos Conselhos Profissionais, como CFM, CFM, CNRM, COREN e outros, que visam criar uma frente unificada para regulamentar e qualificar os Cuidados Paliativos no nosso País. Esta comissão integra a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).

### **3.20 programa “Melhor em Casa”**

Existem diversos estudos arquitetônicos a respeito da influencia da estética hospitalar na recuperação do paciente. Sabendo-se que não existe conforto maior do que nossa própria casa, nasceu o programa “Melhor em Casa”, criado em 2011, que é uma iniciativa do Governo Federal Brasileiro, que visa oferecer o cuidado domiciliar – cuidado este defendido por diversos doutrinadores do tema, como pudemos observar – buscando evitar internações de longo período para pacientes cujo estado de saúde exige cuidados contínuos.

Quando possível, os cuidados que antes seriam realizados no hospital são mantidos em casa, mantendo o convívio familiar completo (nos hospitais, há limites para a quantidade de visitas e o período em que podem visitar) e o aconchego do

lar. A iniciativa auxilia ativamente na rotatividade de leitos e no acesso ao atendimento hospitalar para aqueles que não podem se beneficiar de tal medida.

As equipes médicas, chamadas de equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), devidamente treinadas para atender às necessidades dos pacientes (ainda fora do ambiente hospitalar, permanecendo sendo pacientes) oferecem o suporte necessário para que o cuidado seja continuado com os mesmos padrões de qualidade em que seriam mantidos no hospital.

### 3.3O fim da vida

A morte e o morrer são temas sociologicamente complexos e que abrangem todas as dimensões da existência humana. “*Morte é o final da vida material, tal como nós conhecemos. E o morrer é o ato pelo qual ocorre à morte*” (D’Assumpção, 1998, p. 98). Psicologicamente falando, Kübler-Ross definiu os cinco estágios pelos quais o doente terminal pode passar diante de sua morte, sendo eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Cada um dos estágios descritos passa por suas próprias peculiaridades e individualidades. Diante do inegável avanço da medicina e da tecnologia, a possibilidade de prolongar a vida humana tem sido amplamente debatida, mesmo em situações de doenças incuráveis e terminais. Tais avanços ocasionaram o surgimento do dilema: prolongamento da vida a qualquer custo *versus* a qualidade desta vida. Para Raposo (2011, p. 196):

“(... ) tal como qualquer outro direito, também o direito à vida terá de incluir em si a dimensão negativa de seu não exercício, especialmente em situações de intenso sofrimento e agonia, que tornam a vida numa não-vida.

Menezes (2004, p. 39) traduziu um artigo publicado no ano 2000 pela revista britânica *British Medical Journal – BMJ*, descrevendo os 12 princípios da boa morte, sendo esses:

- 1) saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado;
- 2) estar em condições de manter o controle sobre o que ocorre;
- 3) poder ter dignidade e privacidade;
- 4) ter controle sobre o alívio da dor e demais sintomas;
- 5) ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte (na residência ou em outro local);
- 6) ter acesso à informação e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários;
- 7) ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado;
- 8) ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital;
- 9) ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida;
- 10) estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados;
- 11) ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos; e
- 12) estar apto a partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente

Dame Cicely Saunders – mencionada acima – foi a pioneira no chamado “movimento hospice moderno”, e de acordo com Josimário Silva, a multidisciplinariedade de sua atuação (médica, enfermeira, assistente social e pesquisadora) embasou sua atuação em busca da “boa morte” e sua conduta empática para com seus pacientes.

Saunders também introduziu a ideia de “dor total”, que ela entendia como a dor física, mental, espiritual e até mesmo social. Ela pregava que um ser humano com dor (ou em processo de dor) não consegue ser funcional em nenhuma outra área de sua vida. Sua atenção ao sofrimento físico e mental a levou a afirmar que “não existe dor intratável” e defendia que uma vez que a dor física fosse tratada, a dor mental seria aliviada.

A partir de seus estudos, ela pôde aperfeiçoar suas habilidades no controle da dor. Em Londres, ela foi cofundadora do *St. Christopher's Hospice*, que se tornou o primeiro hospital a realizar ensinamentos e pesquisas clínicas para o manejo da dor com o que hoje chamamos de “cuidado humanizado”.

Como já tratamos acima sobre as hipóteses de prolongamento artificial e suas consequências (distanásia, mistanásia e ortotanásia), a partir daqui, trataremos sobre o princípio da autonomia.

O sofrimento causado pela morte lenta e dolorosa se tornou o centro do debate com relação à extensão artificial da vida. Keinert, Keinert e Dias (p. 261) classificam a “boa morte” em três etapas:

O primeiro (I) é o do encaminhamento inicial, o momento de decidir que chegou a hora fatal. O segundo (II) é o da cena do momento da morte, os personagens envolvidos e o cenário propriamente dito. E o terceiro (III) é o dos procedimentos pós-morte: o encaminhamento dado ao cadáver, o local onde ficam os restos mortais, sua identificação e a maneira de proceder da família.

Para falar sobre o assunto, precisamos entender como funciona o processo do fim da vida. De acordo com Fluck (2011, p.162):

As primeiras definições a relacionavam com a ausência de respiração ou de parada cardíaca, as quais não geravam conflitos de ordem moral. A medicina intensiva trouxe mudanças de compreensão. Nesse contexto, o estado de coma passou a ser classificado de maneira cada vez mais precisa, embora a problemática ética dessas classificações não se torne certamente mais clara ou mais difícil de esclarecer.

E na concepção de Oliveira (2008, p. 246-247):

(...) A morte passou a ser considerada, a partir de então, como um processo. As chamadas doenças irreversíveis começaram a ser encaradas de outra forma. A reanimação das pessoas que sofriam paradas cardíacas e respiratórias passou a aumentar a sobrevida. Desse modo, a falência do sistema nervoso central passou a ser considerada o critério de morte, e a morte encefálica é sinal de irreversibilidade das lesões cerebrais

Já para Fernández, (2000, p. 104-105 e 113)

Os doentes terminais têm o direito de morrer em paz, sem a utilização de terapias carentes de sentido, e a situação dos doentes próximos da morte precisa ser humanizada.

No entanto, é evidente que “existe uma diferença eticamente relevante entre o ‘deixar morrer’ e o ‘tirar a vida’”

Já no contexto filosófico, para Epicuro “A morte nada significa para nós” e ainda “A morte é uma quimera: porque enquanto eu existo, ela não existe; e quando ela existe, eu já não existo”. Para Nietzsche “*A morte covarde pode ser definida, em poucas palavras, como a experiência da morte como um acaso, cujo efeito imediato é o desejo de morrer. Nesse caso, deseja-se morrer porque se morre. A falta de*

*longevidade da vida basta para que se pregue o abandono da mesma. Aqueles que pensam assim, dirá Nietzsche, são os pregadores da morte”.*

Sendo assim, a morte digna não representa a negação da vida, mas o reconhecimento de que uma vida com dignidade é viver, ao contrário de somente sobreviver. Os preceitos bioéticos oferecem todas as ferramentas importantes para garantir uma morte digna, livre de sofrimento desnecessário.

## 4. O DIREITO BRASILEIRO E A DISCUSSÃO INTERNACIONAL

Para finalizar a discussão proposta, analisaremos o contexto nacional e internacional a respeito do tema de maneira mais objetiva, tendo em vista que ainda que este tópico esteja separado aqui, foi abordado em todos os outros (como deveria ser).

### 4.1 Como o Direito Brasileiro discute o tema

O tratamento da morte no ordenamento jurídico nacional ainda é recente em comparação com outros países, conforme discutiremos no tópico a seguir. Desta forma, o conceito de morte em si, não é amplamente definido de fato. O Código Civil estabelece quando ocorre a finitude da vida, com o objetivo de definir critérios para a sucessão patrimonial. Já o Código Penal tem como objetivo basilar a proteção da vida.

Para Gardiner e colaboradores (2012):

(...) há um consenso crescente sobre o conceito médico de morte, toda morte humana é anatomicamente localizada no cérebro. Isso é, a morte humana envolve uma irreversível perda na capacidade de consciência, combinada com a perda irreversível da capacidade de respirar.

Desta forma, tanto no âmbito jurídico quanto no âmbito médico, a morte encefálica passou a ser considerada como o momento em que cessa a vida de fato.

Nos moldes de nosso Código Civil, a recusa terapêutica é trazida no artigo 15 como “*Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica*”, que é o embasamento usado pelos religiosos que se recusam a transfundir sangue. O Código Penal, no artigo 146 traz as consequências do constrangimento ilegal – com o parágrafo terceiro inciso primeiro focado em intervenções cirúrgicas.

O direito a uma morte digna é uma ramificação do princípio da dignidade da pessoa humana, anteriormente debatido. Com o surgimento dos direitos de personalidade – neste caso o direito a uma vida digna – não é possível deixar de lado

também a morte digna, que, nas palavras de Baudouin e Blondeau (1993, p. 107), é “*um apelo ao direito de viver uma morte de feição humana [...] significa o desejo de reapropriação de sua própria morte, não objeto da ciência, mas sujeito da existência*”.

Diante do avanço tecnológico, para Moreira (2019, p. 86)

Diante desse contexto, entendendo-se a Bioética como a disciplina que busca encontrar respostas adequadas aos desafios enfrentados pela sociedade diante do avanço técnico-científico, sempre com a finalidade de preservação da vida, seja num campo mais amplo (na concepção de Potter), seja num campo mais restrito (concepção de Hellegers), será preciso analisar no próximo item como a Bioética deverá enfrentar essas questões.

Já no sistema jurídico nacional, faço-me valer das palavras de Schmidt (2025):

Não há um dispositivo legal dizendo quando a vida inicia ou termina. Tampouco temos legislação tratando de condições dignas de sobrevivência. Na prática, casos concretos de sofrimento humano em razão de algumas situações clínicas peculiares são resolvidos sob uma sublimariedade legal.

A eutanásia, que é prática proibida pelo nosso sistema jurídico e que por tais razões não foi abordada neste trabalho, não é discutida nos tribunais, mas sim nos leitos dos hospitais, diante da sobrecarga emocional e física do paciente e diante do confronto entre os valores do paciente *versus* os valores dos médicos.

Visando a proteção da dignidade da pessoa humana, a vida tornou-se objeto de tutela jurídica, sendo assim, pode-se considerar justo que tal tutela possa também alcançar o direito à morte digna do indivíduo.

#### **4.2 Como alguns países discutem o tema**

Analisando situações similares nos países afora, é possível observar a expansão dos termos que infelizmente continuam sendo tabus em nosso País. Entretanto, apesar da casualidade com que algumas regiões tratam o assunto, é visível a quantidade de tempo que tal local levou para chegar ao patamar em que uma lei pudesse ser aprovada.

Na Suíça, que provavelmente é o país mais conhecido quando falamos a respeito da morte digna, o suicídio assistido é permitido e previsto no Código Penal

de 1918 (mas regulamentado somente a partir de 1980), prevendo também uma pena caso seja realizado por motivos “não altruístas”. Os médicos são responsáveis por todo processo ativo da morte, devendo sempre informar o paciente sobre sua condição e possíveis alternativas. Entretanto, uma relação médico-paciente bem estabelecida não é pré-requisito para a prática.

Nos Estados Unidos, a decisão sobre a legalidade do suicídio assistido cabe a cada Estado, hoje sendo permitida em Washington, Oregon, Vermont, New Mexico e Montana. A prática da eutanásia permanece sendo ilegal em todo território nacional. Oregon, foi o primeiro Estado a legalizar o suicídio assistido em 1997 e em 2014 Washington, Vermont e Montana aprovaram legislações semelhantes ao estado “originário”.

A Bélgica descriminalizou a eutanásia em 2002 e em 2010 legalizou também este procedimento para crianças. Em ambos os casos os médicos podem auxiliar os pacientes em sua morte, contanto que haja um longo histórico entre as duas partes. São pré-requisitos que ambos sejam belgas e residam permanentemente no país.

A Holanda, em 2012, tornou-se o primeiro país a legalizar a eutanásia e neste mesmo dispositivo descriminalizou o suicídio assistido. Porém, juntamente com tal decisão vieram uma série de condições, dentre elas a de que é preciso que a doença diagnosticada seja incurável, que o paciente esteja sofrendo de uma dor “insuportável” e sem perspectiva de melhora. Neste cenário, o próprio paciente deve fazer o pedido de auxílio para morrer estando ainda “totalmente consciente” e manter este desejo ao longo do tempo. A grande polemica da liberação foi a idade, onde a norma prevê a permissão para pacientes a partir dos 12 anos, exigindo que aqueles com até 16 anos tenham a autorização dos responsáveis legais.

Demais países como Espanha, Portugal, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Colômbia também permitem a eutanásia e o suicídio assistido. Recentemente as Cortes Constitucionais do Peru e do Equador permitiram o procedimento em pessoas que sofriam com doença degenerativa e terminal.

No Brasil, como analisamos anteriormente, apesar dos avanços nos debates, permanecemos nas tentativas de permear as pautas com tais assuntos, na expectativa de que em breve possamos fazer parte dessa pequena quantidade de países que debate de forma ampla a “morte digna”.

Em um contexto muito mais recente, em 25 de novembro de 2025, a Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo publicou a portaria SMS n.º 847/2025 que instituiu o Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, para elaboração do Projeto de Implantação e Integração do Comitê Municipal de Bioética Clínica e das Comissões Hospitalares de Bioética Clínica da Rede Municipal de Saúde.

## 5. CONCLUSÃO

A partir desta análise, concluímos que, embora existam avanços na medicina, que conseqüentemente levaram a avanços na discussão da bioética, o sistema jurídico brasileiro ainda é reticente em reconhecer plenamente o direito de morrer com dignidade, exigindo um debate mais aberto, plural e fundamentado nos direitos humanos aqui discutidos. É um campo complexo e profundo, onde valores jurídicos, morais, sociais e tantos outros se encontram e divergem, exigindo uma compreensão aprofundada dos limites e das possibilidades das intervenções médicas.

A dignidade da pessoa humana norteia todos os direitos fundamentais, incluindo o direito à vida. Sendo assim, a bioética surge como um espaço aberto para a mediação entre os avanços tecnológicos e a preservação dos direitos e valores humanos, estabelecendo inúmeros limites éticos fundamentais para a atuação médica e para as decisões que envolvem a morte digna.

A bioética, desde os primórdios de sua criação e entendimento, busca garantir que as decisões sobre o fim da vida respeitem os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Em situações de terminalidade, a autonomia do paciente adquire seu papel central, pois permite que o indivíduo tenha voz ativa sobre seu próprio corpo.

Em contrapartida a obstinação terapêutica priva o paciente da autonomia sobre seu corpo e sobre a sua morte, transformando o processo em um prolongamento do sofrimento, em contradição direta com os princípios bioéticos.

A ortotanásia e os cuidados paliativos, dentro dessa perspectiva, não podem ser confundidos com o abandono terapêutico ou com a eutanásia ativa, pois deve-se reconhecer o momento em que a medicina busca cessar a luta contra a morte e passar a cuidar do bem-estar do paciente, priorizando o conforto, o alívio da dor e o suporte emocional, que é imprescindível diante da situação.

Embora ainda tenhamos que lidar com as lacunas do ordenamento jurídico brasileiro, o Conselho Federal de Medicina tem se mostrado progressivamente

sensível à temática, especialmente a partir de sua Resolução n.º 1.995/2012, que autoriza os médicos a respeitarem as diretivas de fim de vida. Mesmo com a lacuna previamente mencionada, as decisões judiciais também têm avançado na valorização da autonomia e da dignidade nesses casos.

Dito isto, a conclusão que se impõe é a necessidade de um novo olhar sobre a morte, que vá além da visão puramente biológica da vida. Reconhecer que é necessário ter dignidade no morrer é reconhecer que a vida não deve ser vivida a qualquer custo, mas com algum sentido individual, liberdade e respeito. Podemos reconhecer também, que no ponto de vista brasileiro, existe a expectativa (e ousar dizer esperança) de um crescimento exponencial no debate.

É inegável que o Estado, tendo em vista ser o garantidor de direitos, precisa avançar na construção de um marco legal em conjunto com as entidades que norteiam a medicina. Devem juntos garantir a segurança jurídica para as decisões de fim de vida, assegurando o respeito à autonomia da vontade, à integridade moral e aos valores subjetivos de cada pessoa. Ainda, é necessário promover uma educação bioética, ou um “letramento em bioética”, fazendo alusão ao trabalho de Piber (2023), tanto na formação médica quanto na conscientização social, de modo que a morte deixe de ser um tabu e passe a ser compreendida como parte inevitável e digna da trajetória humana, como de fato é.

Por fim, a dignidade da pessoa humana, na perspectiva bioética e do fim da vida, exige um compromisso ético e jurídico com a liberdade individual, para o alívio do sofrimento e com a promoção de uma morte dignificada, atuando diligentemente nos novos desafios que surgem, como trazido por Bobbio, que acredito que possamos afirmar ser o filósofo que mais se aproximou dos conceitos aqui trazidos.

Diante de uma ética profissional com uma base forte e sensata, sensibilidade moral e coragem para reconhecer os limites da medicina, é que se encontra o verdadeiro respeito à vida. Assim, poderemos finalmente dizer que chegamos ao patamar de respeito à vida em toda e qualquer circunstância, inclusive em seu fim.

## 6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Carlos Almeida. Do biopoder à bioética. **Revista de Artigos do 1º Simpósio sobre Constitucionalismo, Democracia e Estado de Direito**. Disponível em: <<https://bit.ly/44Nv3Xm>>. Acesso em 22 mai. 2025.

ANJOS, Márcio Fabri dos. **Eutanásia em chave de libertação**. Boletim ICAPS. 1989.

Associação Médica Mundial. **Declaração de Genebra**. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3GsjBqW>>. Acesso em 05 mai. 2025.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. Editora Sextante. 2019.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Principis, 2021.

AZEVEDO, Antonio Junqueira de. **Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana**. Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo, 97, 107-125. 2002.

BAUDOUIIN, Jean-Louis; BLONDEAU, Danielle. **Éthique de la mort et droit à la mort**. Paris: Press Universitaires de France, 1993.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação**. 2010. Mimeografado.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca; ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Curso de filosofia do direito**. 10ª ed. Atlas. 2012.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Elsevier. 7ª ed. 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 25ª ed. Malheiros Editores. 2010

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BRASIL. **Lei nº 10.241/99 – Lei dos Usuários dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo.**

BYK, Christian. **Tratado de Bioética.** Paulus, 2015.

CANELA JUNIOR, Osvaldo. **Controle judicial de políticas públicas.** Saraiva. 2011.

CASTILHO, Ricardo. **Direitos humanos.** 5. ed. São Paulo. Saraiva. 2018.

Colégio Notarial do Brasil. **Registro Central de Diretivas Antecipadas de Vontade (RCDAV).** Disponível em: <<https://bit.ly/4ntOOup>>. Acesso em 01 mai. 2025.

Conselho Federal de Justiça. **VI Jornada de Direito Civil. Enunciado n.º 533.** Disponível em: <<https://bit.ly/4mXFEVB>>. Acesso em 07 out. 2025.

Conselho Federal de Justiça. **V Jornada de Direito Civil. Enunciado n.º 528.** Disponível em: <<https://bit.ly/4pYTcTD>>. Acesso em 07 out. 2025.

Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica.** Disponível em: <<https://bit.ly/3TWDIGc>>. Acesso em 01 mai. 2025.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006.** Disponível em: <<https://bit.ly/44y9VD4>>. Acesso em 01 mai. 2025.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HORIGOSHI, Nelson; GUTIERREZ, Pilar Lecussán e BARROS, João Coloriano Rego. Erros Profissionais. In: CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HORIGOSHI, BARROS, João Coloriano Rego e HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. (Org.) **Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e Bioética.** Atheneu, 2009.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; OSELKA, Gabriel Wolf e HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. Alta a pedido. In: CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRIGOSHI, BARROS, João Coloriano Rego e HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. (Org.) **Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e Bioética**. Atheneu, 2009.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; BARROS, João Coloriano Rego; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto e MONTEIRO, Plínio José Cavalcante. Prontuário do Paciente. In: CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRIGOSHI, BARROS, João Coloriano Rego e HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. (Org.) **Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e Bioética**. Atheneu, 2009.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco. **Revista bioética**. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/45VJhGL>>. Acesso em 22 mai. 2025.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. Saraiva. 2003.

CORDEIRO, Menezes. **Tratado de direito civil português: parte geral**. Almedina. 2000.

COSTA, Leonardo Bocchi. **Condutas médicas restritivas e direito à morte digna no Brasil: uma análise da prática da ortotanásia à luz da Constituição e do direito penal**. Thoth. 2022.

COSTA, Lorena da Silva Bulhões. **Os sentidos da ideia de dignidade na obra de Immanuel Kant**. Studia Kantiana, vol. 23, n. 1: 59-77. 2025. Disponível em: <<https://bit.ly/4pezeU3>>. Acesso em 01 dez. 2025.

D' ASSUMÇÃO, Edvaldo. Alves. ASSUMPCÇÃO, Gislaine Maria. BESSA, Haley Alves. **Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1984.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 7ª ed. Saraiva, 2010.

FABRIZ, Daury Cesar. **Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito**. Mandamentos. 2003.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil. Parte Geral e LINDB**. 15ª ed. Juspodivm. 2017.

FERNANDEZ, Javier Gafo. **10 Palavras-Chave Em Bioética**. Paulinas, 2000.

FLUCK, Marlon Ronald. **A bioética e suas implicações na saúde, na religião e na dignidade humana**. InterSaberes, 2021.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo Mário Veiga. **Novo Curso de Direito Civil**. Volume I. Saraiva, 2025.

GARDINER, Dale. **International perspective on the diagnosis of death**. Br J Anaesth, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/43H8wdR>>. Acesso em 16 out. 2025.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética: Origens e Complexidade**. Disponível em: <<https://bit.ly/3TXOs1A>>. Acesso em: 05 mai. 2025.

GOMES, Vitória. Brasil está entre os últimos no ranking global sobre cuidados paliativos. Disponível em: <<https://bit.ly/4lavtgl>>. Acesso em 01 jun. 2025.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia**. Disponível em: <<https://bit.ly/45SBuJO>>. Acesso em 01 jul. 2025.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. Disponível em: <<https://bit.ly/44w19FJ>>. Acesso em 01 jun. 2025.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agente comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA. 2022.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Martins Fontes. 2003.

KEINERT, Ruben Cesar; KEINERT, Tania Margarete Mezzomo e DIAS, Daniel da Silva. 2010. **Morrer faz parte da vida: o direito à morte digna**. Boletim Do Instituto de Saúde – BIS. 12(3), 260–267. Disponível em: <<https://bit.ly/4lZrV7c>>. Acesso em 01 jul. 2025.

LÔBO, Paulo. **Representação continuada para proteção futura e testamento vital**. Disponível em: <<https://bit.ly/3W04ol7>>. Acesso em 07 out. 2025.

MARCHI, Maria; SZTAJN, Rachel. **Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde**. In: Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Garamond Fiocruz. Rio de Janeiro. 2004.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional: direitos fundamentais**. Editora Coimbra, 1993, t. IV.

MIRANDA, Jorge. **A Constituição Portuguesa e a Dignidade da Pessoa Humana**. Rev. Minist. Público, Rio de Janeiro, RJ, (24), 2006

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais**. 9ª ed. Atlas. 2011.

MOREIRA, Marta Rodrigues Maffeis. Bioética e Direito: uma interdisciplinariedade importante e necessária. In: COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Bioética Direito e Medicina. Editora Manole Saúde. 2019.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na constituição de 1988: estratégias de posituação e exigibilidade judicial dos direitos sociais**. Verbatim. 2009.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Questões éticas no final da vida. In: SIQUEIRA, José Eduardo de; ZOBOLI, Elma; DIPER, Délio José. (Org.). **Bioética Clínica**. Gaia, 2008.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<https://bit.ly/4ex3yod>>. Acesso em 26 jun. 2025.

Organização dos Estados Americanos (OEA). **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José)**. 1969. Disponível em: <<https://bit.ly/4leTpiP>>. Acesso em 22 mai. 2025.

PIBER, Ronaldo Souza. **O letramento em saúde para uma eficaz obtenção do consentimento informado**. 2023.

PORFIRIO, Francisco. **Bioética**. Brasil Escola. Disponível em: <<https://bit.ly/3TqPP8T>>. Acesso em: 04 jul. 2025.

Portaria Secretaria Municipal da Saúde do Estado de São Paulo. SMS Nº 847 de 24 de novembro de 2025.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: the science of survival**. *Perspect Biol Med*. 1970.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: bridge to the future**. *Englewood Cliffs*. Prentice Hall. 1971.

RADBRUCH, Lukas. et al. **Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition**. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764. 2020.

RAPOSO, Vera Lúcia. Directivas antecipadas de vontade: em busca da lei perdida. *Revista do Ministério Público de Lisboa*, v. 32, n. 125, jan./mar. 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 12<sup>a</sup> ed. Livraria do Advogado. 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Livraria do Advogado Editora, 2011.

SCHMIDT, Andrei Zenkner. **Direito à morte digna**. Disponível em: <<https://bit.ly/3X4u9kx>>. Acesso em 19 de ago. 2025.

SCHROEDER, Doris. **Human rights and human dignity: an appeal to separate the conjoined twins. Ethical Theory Moral Pract.** Disponível em <<https://bit.ly/3TqLjay>>. Acesso em 01 jul. 2025.

TARTUCE, Flávio. **Direito civil, v.6: direito das sucessões**. 10ª edição. Forense, 2017.

TOMELIN, Georghio Alessandro; PÊCEGO, Antonio José Franco de Souza; NUNES, Silvio Gabriel Serrano. Revista Jurídica Unicuritiba. Vol.4, n. 80|e - 7564 | p. 434-453| Outubro/Dezembro. 2024.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/4krpYZs>>. Acesso em 01 mai. 2025.

VASAK, Karel. **Human Rights: A Thirty-Year Struggle: The Sustained Efforts to Give Force of Law to the Universal Declaration of Human Rights**. UNESCO Courier. 1977.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaração de Helsinque**. Disponível em: <<https://bit.ly/44eOnN5>>. Acesso em 16 abr. 2025.