

BIOÉTICA E A FACULDADE DE ESCOLHA: ESTUDO SOBRE A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE QUANTO A TRATAMENTOS E ATOS DE DISPOSIÇÃO SOBRE A PRÓPRIA VIDA

BIOETHICS AND THE FACULTY OF CHOICE: STUDY ON THE PATIENT'S SELF-DETERMINATION REGARDING TREATMENTS AND ACTS OF DISPOSITION OVER THEIR OWN LIFE



**Maria Fernanda Scheidemantel Nogara
Ferreira da Costa⁴**

Henrique Max Silveira Wagner⁵

⁴ Magistrada no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR).
Email: sch@tjpr.jus.br

⁵ Mestrando em Direito na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Especialista em Direito Constitucional pela Academia

Brasileira de Direito Constitucional (ABDConst). Integrante do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas e Desenvolvimento Humano da PUCPR (NUPED). Servidor do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3733936406549220>. Email:

O debate sobre o fim de vida e a possibilidade de recusa de tratamentos de saúde pelo paciente é considerado tema sensível na contemporaneidade. É preciso, apesar disso, compreender e desmistificar conceitos como a eutanásia, ortotanásia e atos de disposição sobre a própria vida como os testamentos vitais, para que se possa alcançar maior compreensão acerca da possibilidade de que o fim da vida ocorra de forma mais digna e sem sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Direito médico. Morte digna.

The debate on end-of-life decisions and the patient's right to refuse medical treatment is considered a sensitive topic in contemporary discussions. However, it is essential to understand and demystify concepts such as euthanasia, orthothanasia, and acts of disposition over one's own life, such as living wills. Clarifying these concepts contributes to a broader understanding of how the end of life can occur in a more dignified and suffering-free manner.

KEYWORDS: Bioethics; Medical law; Dignified death.

INTRODUÇÃO

O estudo da bioética levanta questões relacionadas ao direito à vida e a ética nos procedimentos dos profissionais da saúde, especialmente os médicos.

Neste contexto de pesquisa, está inserida a discussão sobre a faculdade de o paciente, portador ou não de doença terminal, se autodeterminar, no sentido de escolher quais tratamentos médicos deseja realizar.

Nesse mesmo aspecto, debate-se o direito à boa morte, isto é, sem sofrimentos prolongados por tratamentos médicos que não são capazes de reverter a situação clínica do paciente.

O presente trabalho tem como objeto estudar a possibilidade de escolha das pessoas sobre a sua morte e tratamentos médicos que serão realizados em seu corpo.

Nessa temática, é necessário analisar o cenário atual quanto à viabilidade de realização de ortotanásia, eutanásia, bem como de atos de manifestação de vontade sobre a disposição à tratamentos de saúde e o fim da própria vida.

Para o prosseguimento do estudo, serão apresentados conceitos de eutanásia, ortotanásia e de atos relacionados a escolhas sobre a vida da pessoa, como os testamentos vitais.

Será exposto o cenário brasileiro quanto à viabilidade de autodeterminação do paciente, com a exploração das modificações normativas, assim como das mudanças sociais, doutrinárias e jurisprudenciais, para ilustrar como o nosso país vem tratando a temática.

Para além disso, é importante apresentar também um panorama sobre os avanços nesse sentido no direito comparado, a fim de visualizar

como estão os demais países no que se refere a este debate bioético.

Justifica-se a pesquisa proposta pela necessidade de desmistificar conceitos relacionados ao direito das pessoas à boa morte e sobre a disposição sobre o próprio corpo a tratamentos, que muitas vezes podem somente prolongar o sofrimento ou trazer a vida indigna.

O conhecimento sobre o tema pode iluminar a visão e repelir o pensamento de que a vida deve ser prolongada de forma absoluta, com a provocação da distanásia, o oposto à morte digna. Além disso, a compreensão pode colaborar para o entendimento de que as pessoas podem exercer a liberdade de escolha e autodeterminação, de acordo com suas crenças, valores próprios e percepção de sofrimento.

Para a elaboração do texto, se vale de metodologia dialética, com o uso central da discussão, argumentação e provocação, para definir uma tese, uma antítese e uma possível síntese para a questão. A pesquisa tem como fonte minuciosa pesquisa bibliográfica, além de legislações, resoluções e jurisprudência.

2 BREVES E NECESSÁRIOS ESCLARECIMENTOS SOBRE A

EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E ATOS DE DISPOSIÇÃO SOBRE A VIDA

A eutanásia pode ser definida como “a ajuda que é prestada a uma pessoa gravemente doente, a seu pedido ou pelo menos em consideração à sua vontade presumida, para lhe possibilitar uma morte compatível com sua concepção de dignidade humana”⁶. É um comportamento médico de antecipar ou deixar de postergar a morte de uma pessoa, por razões humanitárias, requerimento expresso ou presumida vontade da pessoa que sofre de enfermidade incurável⁷, que lhe ocasione sofrimento físico ou mental insuportável⁸.

A literatura estabelece com distinção a eutanásia como passiva e ativa. A primeira, eutanásia passiva, também denominada ortotanásia, se realiza quando são omitidos ou suspensos os tratamentos médicos com a finalidade de não adiar a morte.

A eutanásia ativa, por sua vez, se resume na ação médica tendente a antecipar a morte⁹ ou, nas palavras de Maria Helena Diniz, se trata de uma hipótese de homicídio, em que por piedade, se admite a antecipação da morte ao paciente

6 ROXIN, Claus. A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia. In Doutrinas Essenciais Direitos Humanos. Ano 1, v. 2 [versão eletrônica]. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

7 De início, é importante ressaltar a crítica doutrinária quanto ao uso da expressão “paciente terminal”, que é ultrapassada e vem sendo substituída por “portadores de doenças terminais” ou “pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais”. Vide GONSALVES, Nathalia Recchiutti. DADALTO, Luciana. Testamento vital e responsabilidade

civil. In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

8 CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. Bioética, v. 13, n. 2, p. 90-91, 2005

9 DIAS, Roberto. O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 148-149.

terminal¹⁰. Claus Roxin¹¹ classifica a eutanásia ativa em direta e indireta, sendo a primeira a morte deliberada causada pelo médico para encurtar o sofrimento de uma pessoa, traduzida em homicídio, enquanto a segunda consistente no uso de meios para aliviar o sofrimento, os quais podem encurtar a vida.

Em oposição à ortotanásia, conceitua-se a distanásia, que é o prolongamento excessivo da vida, por meio de todos os métodos disponíveis para manter o paciente vivo, ainda que este não tenha qualidade de vida e sinta muita dor¹².

Quando o paciente está em estado terminal, são possíveis três condutas, consistentes em (i) prolongar sua vida com uso de drogas e aparelhos; (ii) antecipar a morte por uma conduta ativa ou passiva; (iii) promover cuidados para aliviar o sofrimento sem conservar a vida além do período normal e natural¹³.

3 PERSPECTIVAS DO BRASIL ACERCA DA POSSIBILIDADE DE DISPOR SOBRE A PRÓPRIA VIDA E APONTAMENTOS QUANTO AO DIREITO À MORTE DIGNA

No Brasil, o ordenamento jurídico não define a eutanásia. A prática, quando realizada

ativamente, pode ser compreendida como homicídio, tipificado no art. 121 do Código Penal¹⁴, pois realiza-se a conduta “matar” alguém. Ainda, o artigo 13, §2º do Código Penal estabelece a obrigação de agir, quando se tenha dever de proteção, cuidado ou vigilância; quando se assume a responsabilidade por impedir o resultado; ou quando com o comportamento anterior, se tenha criado o risco da ocorrência do resultado. Assim, no caso do médico, pode aplicar a disposição do artigo 13, ao se entender que o profissional estava na posição de garante e que, por isso, tinha a responsabilidade de evitar o resultado.

Por este motivo, questiona-se possível contradição. Nas palavras de Maria Minahim, caso o paciente recuse a intervenção médica, como respeitar tal recusa se há o dever de agir para salvar o bem jurídico vida na posição de garante¹⁵?

Segundo a autora, caso o paciente abdique da proteção, os deveres de garantidor cessam, sem considerar a expectativa de amparo que a sua presença gera, de maneira que ocorre decaimento do dever de socorro.

No entanto, é controversa a discussão acerca do médico na condição de garantidor. O

10 DINIZ, Maria Helena. O Estado Atual do Biodireito. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 492.

11 ROXIN, Claus. A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia. In Doutrinas Essenciais Direitos Humanos. Ano 1, v. 2 [versão eletrônica]. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

12 FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno. MARGRAF, Alencar Frederico. O direito de pacientes em estado terminal a uma morte digna: a eutanásia à luz dos princípios constitucionais, in Revista dos Tribunais, v. 1016/2020, p. 79-95, Jun/2020 [versão eletrônica].

13 TOMÉ, Patricia Rizzo. Suicídio Assistido e a Eutanásia. in Revista de Direito e Medicina. v. 5/2020 – jan.-abr. 2020.

14 BRASIL. Decreto-Lei nº 5.848/1940 (Código Penal). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 13/03/2025.

15 MINAHIM, Maria Auxiliadora. Aspectos éticos e jurídico-penais da relação médico paciente [livro eletrônico]. 1. ed. em e-book baseada na 1. ed. impressa. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

fato é que, no ordenamento jurídico atual, é considerado homicídio tirar a vida de alguém, de forma voluntária ou involuntária, podendo apenas ser reduzida a pena caso se considere que, para evitar o sofrimento do paciente, a eutanásia voluntária tenha sido praticada por relevante valor social ou moral (homicídio privilegiado). Para além disso, mesmo que não se tenha domínio do fato ou não se possa considerar a conduta homicídio, o profissional da saúde ou terceiro pode incorrer em omissão de socorro, caso não se faça presente para agir e evitar o resultado.

Amplia o quadro de punições penais possíveis o fato de que o suicídio não é crime, mas o auxílio ao suicídio é (art. 122, CP). Dessa forma, aquele que auxilia ou estimula o paciente a se suicidar, ainda que para evitar sofrimento, pode incorrer na prática do crime.

Por outro lado, a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que “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”¹⁶.

Se trata, portanto, de dispositivo com clara intenção de evitar a distanásia e proporcionar a possibilidade de ortotanásia ao

paciente. Importante registrar, aqui, que esse procedimento de ortotanásia previsto pela resolução não se confunde com a abreviação da vida que é a eutanásia, pois consiste em possibilitar a morte ao tempo certo¹⁷.

Sobre a abreviação da vida consistente na eutanásia, o artigo 41 do Código de Ética Médica¹⁸ veda expressamente a prática pelo médico, mesmo que a pedido do paciente ou de seu representante. Nessa hipótese, mesmo que fique demonstrada a anuência do paciente e de sua família, o profissional está sujeito às penalidades civis, criminais e administrativas cabíveis.

A observação do ordenamento jurídico brasileiro revela que não é permitida a aplicação da eutanásia, sua instigação ou colaboração, sob pena de responder pelos crimes dos artigos 121 e 122 do Código Penal. É, contudo, permitida a ortotanásia pela Resolução 1.805 do CFM, o que deve ser manifesto de forma voluntária pelo paciente ou representante.

Perante o Congresso Nacional, estão em trâmite alguns projetos de lei sobre a temática, entre os quais pode-se citar: PL 236/2012; PL 116/2000, PL 125/1996. PL 524/2009, PL 3002/2008; PL 6544/2009; PL 5008/2009. Destaca-se, entre eles, o PL 236/2012, de iniciativa do Senado, que propõe reforma do Código Penal

16 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805/2006. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em 12/03/2025.

17 TOMÉ, Patricia Rizzo. Suicídio Assistido e a Eutanásia. in Revista de Direito e Medicina. v. 5/2020 – jan.-abr. 2020.

18 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Res. nº 2217/2018). Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 12/03/2025.

para regulamentar a ortotanásia e até mesmo prever a possibilidade de perdão judicial para eutanásia. O PL 116/2000, também de iniciativa do Senado é no sentido de propor a exclusão de ilicitude para a prática de ortotanásia. Em conjunto com este, tramitam os Projetos 3002/2008, 6544/2009 e 6715/2009, dispendo sobre a prática da ortotanásia e cuidados com pacientes portadores de doenças terminais.

O PL 116/2020 e apensos sugerem alteração no Código Penal, no seguinte sentido:

"Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. § 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal¹⁹."

A redação do proposto artigo revela viés progressista e permissivo, ao excluir a ilicitude para a prática da ortotanásia, assim como a

cautela para que se ateste a situação de morte inevitável por profissionais médicos.

A diversidade de projetos legislativos em trâmite mostra que existe debate sobre o tema. Todavia, perante o Congresso, a discussão se revela morosa, ou até paralisada, tendo em vista que o longo tempo de tramitação perante os órgãos legislativos, nos quais os projetos se encontram sem andamentos e discussões relevantes. O citado PL 116/2020, a exemplo, teve sua última tramitação em 2019, há mais de cinco anos da redação deste trabalho, apesar do trâmite em prioridade.

A discussão é considerada polêmica e enfrenta lentos avanços. Como será exposto a seguir são poucos os países em que é legalizada alguma forma de eutanásia, suicídio assistido ou ortotanásia. Isso muito se deve ao fato de que se confunde a discussão sobre o direito de morrer com o direito à boa morte, ou morte digna²⁰.

3.1 Diretivas antecipadas da vontade e o direito à autodeterminação do paciente

Apesar dos entraves na atividade legislativa sobre a matéria, além da Resolução 1.805/2006 do CFM anteriormente citada, tem-se, no Brasil, a possibilidade de o paciente formular

19 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6715/2009. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323#:~:text=PL%206715%2F2009%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Altera%20o%20Decreto%2DLei%20n%C2%BA,excluir%20de%20ilicitude%20a%20ortotan%C3%A1sia.&text=Altera%C3%A7%C3%A3o%2C%20C%C3%B3digo%20Penal%2C%20ex>

clus%C3%A3o%2C%2C%20consentimento%2C%20paciente%2C%20fam%C3%ADlia. Acesso em 26/02/2025.

20 ARIOSI, Mariângela. Diretrizes antecipadas de vontade – DAV – e a Lei da Ortotanásia no Brasil como construção valorativa à eutanásia pelo prisma da teoria da dinamogenesis dos direitos humanos à luz do construtivismo interpretativo de Dworkin. In Revista dos Tribunais, v. 1049/2023, p. 177-205 [versão eletrônica].

diretivas antecipadas da vontade, que pode ser uma espécie de testamento vital ou uma procuração, consistente em ato de vontade do testador sobre como deseja dispor de seu corpo para procedimentos, anteriores e posteriores à morte.

A resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina regula as diretivas antecipadas de vontade e as define como o “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”. Resolve, ainda, que nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes incapazes de se comunicar ou expressar sua vontade, o médico deve levar em consideração suas diretivas antecipadas. Inclusive, como consta no §3º do artigo 2º, tais diretivas devem prevalecer sobre qualquer parecer não médico e até mesmo sobre o desejo dos familiares²¹.

Apenas a resolução 1995/2012 regulamenta as diretivas, inexistindo previsão em lei que o faça. É um direito decorrente de construção doutrinária e jurisprudencial. Como cita Mariângela Ariosi, esta consolidação de entendimento sobre a possibilidade de

manifestação de vontade decorre de princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana e direitos da personalidade positivados em lei, o que também se traduz pelo Enunciado 528 da V Jornada de Direito Civil²². O referido enunciado é no sentido que *“É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado de ‘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 sua vontade”*.

No Brasil, existem duas espécies de diretivas antecipadas de vontade mais populares, o testamento vital e o mandato duradouro (procuração) para cuidados. Nos estudos coordenados por Miguel Kfoury Neto, José Luiz Faleiros Júnior e Luciana Dadalto esclarecem que o testamento vital diz respeito àquelas manifestações de vontade para situações de fim da vida, ao passo que a procuração para cuidados de saúde é destinada para outorgar a um terceiro poderes para decidir em nome do outorgante.

Prosseguem discorrendo que o testamento vital é compreendido como um ato jurídico existencial, em que a pessoa capaz manifesta sua vontade sobre os tratamentos, procedimentos e cuidados médicos, aos quais

21 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1995 de 31 de agosto de 2012. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em 27/02/2025.

22 ARIOSI, Mariângela. Diretrizes antecipadas de vontade – DAV – e a Lei da Ortotanásia no Brasil como construção valorativa à eutanásia pelo prisma da teoria da dinamogênese dos direitos humanos à luz do construtivismo interpretativo de Dworkin. In Revista dos Tribunais, v. 1049/2023, p. 177-205 [versão eletrônica].

quer ou não se submeter no caso de diagnóstico de enfermidade incurável e terminal. Uma vez que preenchidos os pressupostos legais dos atos e negócios jurídicos, a sua validade é atestada e a manifestação deve ser considerada²³.

Esse raciocínio, no sentido de que deve ser respeitada a expressa manifestação de vontade do paciente sobre a aceitação sobre procedimentos a realizar em seu corpo e que provocam efeitos à sua vida e saúde é, inclusive, compatível com o artigo 15 do Código Civil vigente, que dispõe que *“ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção jurídica”*²⁴.

Por assim dizer, o testamento vital é “documento de manifestação de vontade para o fim da vida, surge como uma espécie do gênero das diretivas antecipativas de vontade, que produz efeitos *erga omnes*, ou seja, capaz de vincular os parentes do paciente, o corpo médico, e o eventual procurador de saúde”²⁵, o qual é válido, desde que seja feito com manifesta vontade, com objeto lícito, possível e realizado por agente capaz (art. 104, Código Civil²⁶). É preciso ressaltar, no entanto, que o testamento vital não possui caráter patrimonial, nem se trata de uma disposição de

última vontade como no testamento comum, já que os efeitos são relativos ao corpo do paciente e começam a ser produzidos antes do falecimento daquele que emanou as disposições personalíssimas e extrapatrimoniais²⁷.

Além do testamento vital, a pessoa pode nomear alguém como mandatário para tomar decisões afetas à sua saúde, caso não o possa fazer. Nas palavras de Miguel Kfoury Neto, o procurador para cuidados de saúde “é o representante escolhido pelo paciente, na posse plena das suas capacidades intelectuais e volitivas, para, na eventualidade de incapacidade superveniente, tomar as decisões necessárias, relacionadas à saúde do mandante”, o que pode incluir autorizar cirurgias, procedimentos, utilização de medicamentos e demais providências. Diferentemente do testamento, documento em que são expostas as preferências e sobre o tratamento médico em caso de incapacidade de as expor, o qual geralmente surte efeitos somente quando o paciente se encontrar em estado terminal, a procuração para cuidados dá ao outorgado poderes para decidir e considerar opções contemporaneamente ao surgimento de

23 FALEIROS JÚNIOR, José Luiz de Moura. DADALTO, Luciana. A efetivação do “testamento vital eletrônico” no Brasil: considerações sobre o uso da tecnologia para a instrumentalização da manifestação de vontade do paciente em fim de vida durante a pandemia da COVID-19. In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

24 BRASIL. Lei nº 10.406/2002 (Código Civil). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em 27/02/2025.

25 GONSALVES, Nathalia Recchiutti. DADALTO, Luciana. Testamento vital e responsabilidade civil. In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022

26 BRASIL. Lei nº 10.406/2002 (Código Civil). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em 27/02/2025.

27 NETO, Miguel Kfoury. Responsabilidade civil do médico [livro eletrônico]. 5 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2024.

cada situação, tendo, portanto, maior amplitude²⁸.

O médico fica obrigado a atender o paciente, devendo atuar na preservação da vida. Por outro lado, o Código de Ética Médica também determina que é vedado ao profissional “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (art. 22). Também veda o médico de “*deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo*”. Aqui é visível que, apesar do incontestado dever da medicina de zelar pela saúde e vida, é sempre ressalvado o dever de observar a autodeterminação do paciente, dentro de seus limites.

Mesmo com o moroso avanço legislativo, ocorrem avanços sociais, reconhecidos pela doutrina, jurisprudência e até pelas autoridades médicas nesse aspecto. O Brasil segue tendência de atender ao desejo da pessoa e lhe conferir a liberdade de se autodeterminar, observados os limites para tanto.

3.2 O caso das Testemunhas de Jeová e a jurisprudência brasileira sobre o direito à autodeterminação

A exemplo da autodeterminação do paciente exposta no tópico anterior, cita-se o caso dos pacientes que são devotos à religião Testemunhas de Jeová, pessoas que, por princípios cristãos por elas seguidos, creem que não devem consumir sangue, ainda que de forma intravenosa em procedimentos médicos. Muitas decisões judiciais primam pela autonomia do paciente que opta pela não realização da transfusão, desde que esteja plenamente capaz de decidir²⁹.

Se trata de hipótese em que, apesar do dever médico de prezar pela vida, também deve ser observada a livre manifestação de vontade do paciente sujeito ao tratamento. Kfouri Neto aborta o tema e apresenta o parecer do Conselho Federal de Medicina, no sentido de que, no caso de recusa da transfusão: “1º Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis”, ou “2º Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue,

28 BRASIL. Lei nº 10.406/2002 (Código Civil). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em 27/02/2025.

28 NETO, Miguel Kfouri. Responsabilidade civil do médico [livro eletrônico]. 5 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2024.

29 É preciso fazer a ressalva de que até mesmo entre os adeptos da religião existe dissenso e não são todas as testemunhas de Jeová que

aplicam essa interpretação quanto à transfusão de sangue. Vide ARIOSI, Mariângela. Diretrizes antecipadas de vontade – DAV – e a Lei da Ortotanásia no Brasil como construção valorativa à eutanásia pelo prisma da teoria da dinamogênese dos direitos humanos à luz do construtivismo interpretativo de Dworkin. In Revista dos Tribunais, v. 1049/2023, p. 177-205 [versão eletrônica];

independentemente do consentimento do paciente ou de seus responsáveis”³⁰.

A questão ganhou maiores desdobramentos. O Supremo Tribunal Federal afetou a matéria ao regime de repercussão geral sob o Tema nº 1069 (RE 1212272), que tinha como objeto decidir “o direito de autodeterminação das testemunhas de Jeová de submeterem-se a tratamento médico realizado sem transfusão de sangue, em razão da sua consciência religiosa”. No recente julgamento, foi firmada a seguinte tese:

*1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente*³¹.

A Suprema Corte brasileira decidiu de forma a seguir a tendência que já vinha sendo

adotada pelas autoridades médicas nacionais, para permitir que a pessoa escolha se deseja ou não realizar o tratamento em razão de suas convicções religiosas, desde que o faça de forma livre, informada e esclarecida. Pode-se compreender que o posicionamento nesse sentido, além de favorecer a autodeterminação da pessoa em relação à própria saúde, colabora para não responsabilizar o médico por não aplicar ao paciente o tratamento que ele não deseja, o que põe fim a tal conflito.

O acórdão de mérito é recente e contemporâneo ao tempo da redação do presente trabalho, de maneira que não há produção literária sobre a decisão para que se possa corroborar a discussão. É de se constatar, apesar disso, com base nos elementos até aqui trazidos, que se trata de mais um avanço que tem como foco proporcionar às pessoas a opção de não realizar um procedimento médico, sem que isso acarrete responsabilização ao médico que não o fizer.

3.2.1 Improcedência do pedido de nulidade da Resolução nº 1.805/2006 do CFM

30 NETO, Miguel Kfourir. Responsabilidade civil do médico [livro eletrônico]. 5 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2024.

31 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Recurso Extraordinário 1212272, Tema 1069, Rel. Min. Gilmar Mendes. Plenário. Julgado em 25/09/2024, publicação em 26/11/2024.

Em 2010, foi questionada judicialmente³² a validade da Resolução 1.805/2006 citada neste trabalho, a qual estabelece critérios para a prática da ortotanásia, sob o fundamento de que o ato consistiria em homicídio, bem como de que o CRF não teria competência para regular a matéria. Em ação civil pública, o Ministério Público Federal requereu a declaração de nulidade do ato.

O magistrado da 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal julgou improcedentes os pedidos formulados na ação, ao reconhecer que a resolução *“que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico”*.

No ato decisório, foi levado em consideração parecer da Procuradoria da República, que se manifestou no sentido de que a ortotanásia não constitui crime de homicídio, ao passo que a esclarece como o fato de o médico deixar de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte. Segundo consta na manifestação, *“Tal conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família, quando for impossível a manifestação do doente”*. Para refutar o

argumento acerca do homicídio, foi usado fundamento no sentido de que há uma quebra de nexos causal entre a ação do médico e o resultado morte, que é inevitável, o que retira a tipicidade da conduta.

Compreendeu-se, também, que a resolução não se trata de norma de direito penal, pois não criminaliza ou descriminaliza alguma conduta, mas somente retira a possibilidade de o médico receber procedimento ético-disciplinar caso decida regularmente realizar ortotanásia. Com isso, ficou estabelecido que o órgão regulador não excedeu sua competência.

4 DIREITO COMPARADO: A FACULDADE DE DISPOR SOBRE A PRÓPRIA VIDA EM OUTROS ORDENAMENTOS

Como antecipado no tópico anterior do trabalho, a questão aqui em debate é considerada sensível e, em decorrência disso, não são muitos os países que permitem a eutanásia, ou até mesmo a ortotanásia. É possível listar alguns dos poucos países em que o suicídio assistido e a eutanásia são tidos como práticas legais, sendo eles Países Baixos, Bélgica Luxemburgo, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Suíça, Finlândia, Alemanha, Canadá, e dez jurisdições estadunidenses³³. Alguns países como a Itália, Nova Zelândia e Portugal discutem a questão em

32 BRASIL. Distrito Federal. 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal. Processo 2007.37.00.14809-3. Julgado em 01/12/2010

33 MINAHIM, Maria Auxiliadora. Aspectos éticos e jurídico-penais da relação médico paciente [livro eletrônico]. 1. ed. em e-book baseada na 1. ed. impressa. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

seus parlamentos. Outros, como Uruguai e Colômbia e Equador adotam algum tipo de flexibilização quanto ao direito à morte³⁴, ainda que por determinação judicial.

Destaca-se aqui que, em maio de 2001, Países Baixos se tornou o primeiro país do mundo a legalizar a prática da eutanásia, inclusive para menores de idade, desde que com consentimento dos responsáveis. Poucos dias depois, ainda em maio daquele ano, a Bélgica também editou lei que autorizou a eutanásia³⁵.

No caso dos Países Baixos há peculiaridades a destacar. A eutanásia e o suicídio assistido ainda são formalmente proibidos pelos artigos 293 e 294 do Código Penal. Entretanto, apesar de ainda vigor a disposição da norma penal, a Lei de Eutanásia criou exceção à possibilidade de punição caso sejam praticados por um médico que cumprir os critérios para tanto e notificar devidamente as autoridades. O país distingue a eutanásia – quando um médico administra o medicamento letal –, do suicídio assistido, que é quando médico entrega o medicamento legal ao paciente que, por sua vez, o ingere.

A solicitação da eutanásia pode ser feita verbalmente, por escrito e até por diretiva antecipada. Deve ser feita somente pelo paciente e por mais ninguém, nem mesmo alguém que aja

em nome dele. Ainda, não pode ter influência de outras pessoas, fato que deve ser verificado pelo médico. Caso se trate de pessoa entre 12 e 16 anos de idade, os pais devem indicar concordância com o pedido do menor e, entre 16 e 18 anos, os pais precisam estar envolvidos no processo decisório do paciente.

A eutanásia somente pode ser realizada naquele país para pacientes com sofrimento em dimensão médica, ainda que seja psíquica. O *Euthanasia Act* (Lei da Eutanásia) não permite a prática nos casos em que a pessoa meramente considera a sua vida completada.

Além de todos esses critérios, o médico – que não é obrigado a realizar o procedimento de eutanásia – deve observar seis requisitos cumulativos: (i) certificar-se de que o pedido do paciente é voluntário e bem considerado; (ii) certificar-se de que o sofrimento do paciente é insuportável e sem perspectiva de melhora; (iii) informar ao paciente sua situação e seu prognóstico; (iv) chegar em conclusão em conjunto com o paciente de que não há alternativa razoável para o tratamento; (v) ouvir pelo menos um médico, que também deverá consultar o paciente e dar opinião por escrito se os requisitos anteriores foram cumpridos; (vi) exercer cuidado

34 ARIOSI, Mariângela. Diretrizes antecipadas de vontade – DAV – e a Lei da Ortotanásia no Brasil como construção valorativa à eutanásia pelo prisma da teoria da dinamogênese dos direitos humanos à luz do construtivismo interpretativo de Dworkin. In *Revista dos Tribunais*, v. 1049/2023, p. 177-205 [versão eletrônica].

35 SOARES SANCHES, Vladia Maria de Moura. O testamento vital e o princípio da dignidade da pessoa humana. In *Revista de Direito Constitucional e Internacional* [versão eletrônica]. Ano 22, v. 87. Abr-jun/2014. Coord. Maria Garcia. São Paulo: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 2014.

e atenção médica ao causar o fim da vida do paciente ou auxiliar seu suicídio.

Após o ato, o profissional tem o dever de notificar imediatamente às autoridades locais e comitês que são responsáveis pela verificação da conformidade da prática com a legislação vigente^{36 37 38}.

Os Países Baixos, apesar do pioneirismo legislativo sobre a matéria, criaram uma série de requisitos a observar para proceder. O que se percebe é o uso da eutanásia como forma de alívio ao sofrimento daquele que é portador de enfermidade irremediável e que faz a vida ser experimentada com sofrimento. Não foi possibilitado que a pessoa solicite a eutanásia ou o suicídio assistido somente porque não mais deseja viver. Consiste naquilo que foi abordado até aqui: possibilitar à pessoa o direito à morte digna e com sofrimento reduzido.

Na Suíça, também é possível encurtar a vida do paciente que está com enfermidade irreversível, o que apenas não pode ser feito pelo médico de forma deliberada, sob pena de ser processado por homicídio (artigos 111 a 114 do Código Penal Suíço). Além disso, para o suicídio assistido, somente há punição para aquele que o

auxiliar por motivos egoístas, existindo, inclusive, instituições que oferecem a prática dentro da estrutura legal³⁹. O país pode ser considerado mais liberal neste quesito, pois não tem como requisito para o suicídio assistido o paciente ser portador de enfermidade que lhe cause sofrimento insuportável, bastando que decida pôr fim à própria vida por livre manifestação da vontade, nos limites legais.

4.1 Países da América do Sul

Na América do Sul, os pioneiros sobre a legalização da eutanásia e do suicídio assistido são a Colômbia e o Equador. Os dois países têm em comum o fato de a legalidade ser reconhecida pelo Judiciário, e não via Poder Legislativo.

Na Colômbia, o Tribunal Constitucional analisou o Código Penal e, na decisão C-239 de 1997, reconheceu que a eutanásia não seria ilegal se o paciente consentisse e se ela fosse realizada por médico habilitado. Foi, assim, descriminalizado o homicídio por “piedade”. Apesar da decisão ser do final do século passado, a matéria só foi regulamentada em 2014, após a nova decisão T-790, proferida pela Corte, que determinou que as autoridades competentes

36 Os requisitos para a prática da eutanásia e suicídio assistido nos Países Baixos foram extraídos do informativo do próprio governo do país, além dos códigos de procedimentos emitidos pelos comitês regionais responsáveis (Euthanasia Code). O conteúdo foi traduzido de forma livre pelos autores. Vide próximas referências.

37 GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. Is euthanasia allowed in the Netherlands? Disponível em <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed>. Acesso em 28/02/2025.

38 REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES. Euthanasia Code 2022. Disponível em https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/publicaties/ec-2022/ec-2022/7/5/RTE_EuthaCode2022_English.pdf. Acesso em 28/02/2025.

39 SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT. The various forms of euthanasia and their position in law. Federal Office of justice, 2023. Disponível em <https://www.bj.admin.ch/bj/en/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>. Acesso em 28/02/2025.

emitem diretrizes para regular o direito a morrer com dignidade⁴⁰. Em vista da ordem judicial, foi editada a Resolução 1.216 do Ministério da Saúde e Proteção Social⁴¹ colombiano (Resolución 1216 de 2015, Ministerio de Salud y Protección Social), a qual foi revogada pela Resolução 971 de 2021 (Resolución 971 de 2021), do mesmo órgão governamental⁴².

A leitura da Resolução 971 possibilita compreender conceitos médicos como os de doença incurável ou doença terminal, direito a morrer com dignidade e de eutanásia. No artigo 6, ficam estabelecidos como requisitos para a eutanásia que o pedido seja voluntário, informado inequívoco e persistente, de forma verbal ou escrita. Além disso, é possível que o paciente se manifeste por meio de diretivas antecipadas de vontade, também regulamentadas naquele país. No artigo 7, são estabelecidos mais requisitos cumulativos para o pedido: (i) presença de uma condição clínica final da vida (doença incurável avançada, doença terminal ou agonia); (ii) apresentar sofrimento secundário a ela; (iii) estar em condições de expressar o pedido.

O país também exige (artigos 8, 9 e 10) que o médico verifique se o ato é voluntário,

informado e inequívoco, que revise se o ato está de acordo com os artigos anteriores e que comunique às autoridades competentes em vinte e quatro horas o pedido. Além disso, o paciente deve ser informado sobre o seu estado clínico e do direito a desistir da eutanásia a qualquer tempo, o que é assegurado. São previstas diversas cautelas e garantias para que a pessoa possa avaliar e reavaliar junto a médicos a condição clínica e, caso sejam cumpridos todos os requisitos, com revisão dos comitês competentes, deve ser procedido o atendimento, sempre gratuito, do pedido.

No Equador, a questão teve debate mais recente. Em fevereiro de 2024, o Pleno da Corte Constitucional equatoriana proferiu a Sentença 67-23-IN/24, de relatoria do Magistrado Enrique Herrería Bonnet. Conforme consta na decisão⁴³, foi debatido se pratica homicídio o médico que atende o pedido de eutanásia ativa formulado por paciente em condição de padecimento e sofrimento intenso, proveniente de uma lesão necessariamente de caráter corporal, grave e irreversível ou de uma doença grave e incurável.

O caso paradigma foi a ação pública de inconstitucionalidade proposta por Paola Roldán Espinosa, que sofria de Esclerose Lateral

40 ZILIO, Daniela. Eutanásia na América do Sul: uma análise sobre os casos da Colômbia e do Equador. In Revista de Biodireito e Direito dos Animais. V. 10, n.1. jan-jul/2024, p. 23-39, p. 32.

41 COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1216 de 2015. Disponível em <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf>. Acesso em 19/03/2025.

42 COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 971 de 2021. Disponível em

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/resolucion-971-de-2021.pdf>. Acesso em 19/03/2025.

43 ECUADOR. Corte Constitucional Del Ecuador. Sentencia 67-23-IN/24. Relator: Enrique Herrería Bonnet. Plenário. Julgado em 05/02/2024. Disponível em: https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidInzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdlYzVkYTY3NGQuGRmJ30=. Acesso em 19/03/2025.

Amiotrófica e buscava judicialmente o direito à morte digna. Na decisão, a Corte Constitucional definiu que não seria homicídio, tipificado pelo artigo 144 do Código Penal do País⁴⁴, a prática da eutanásia no paciente que padeça de sofrimento por lesão ou doença irreversível ou incurável. Como constou no ato decisório, os julgadores do caso consideraram que *“el supuesto planteado se relaciona con los derechos a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad (autonomía), por lo que, tras efectuar un examen concluye que la vida admite excepciones a su inviolabilidad cuando busca proteger otros derechos”*. Em tradução livre, considerou-se que o caso em questão estava relacionado com os direitos à vida digna e ao livre desenvolvimento da personalidade e autonomia. Por isso, se concluiu que o princípio da inviolabilidade da vida pode ter exceções quando visa proteger outros direitos.

No corpo da decisão, foi fundamentado que é preciso assegurar o livre desenvolvimento da personalidade e da autodeterminação, para que cada pessoa possa definir o seu projeto de vida em conformidade com seus valores, crenças e visão de mundo. Assim, foi assegurado que não será punido o médico que realizar a eutanásia no paciente que estiver nas condições acima descritas e manifestar livremente sua vontade. No dispositivo, foi determinado que a Defensoria

Pública elaborasse, em seis meses, projeto de lei para regulamentar os procedimentos de eutanásia, enquanto ao legislativo foi atribuído prazo de doze meses para aprovar uma lei para regular a prática.

Mais próximo do Brasil, o Uruguai promoveu, em 2017, reforma legislativa em seu Código Penal, na qual editou o artigo 37 da norma, que institui a figura do “homicídio piedoso”. A redação do dispositivo estabelece que *“Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”*⁴⁵. Em tradução livre, o artigo estabelece que os juízes têm o poder de isentar de punição o sujeito de com bons antecedentes, que tenha realizado homicídio por motivos de piedade, após súplicas repetidas da vítima.

Se trata, no ordenamento uruguaio, de hipótese em que o magistrado que analisa o caso pode conceder perdão judicial ao acusado, nos termos do artigo 127 do Código Penal do país. Não é propriamente, como se vê, de direito à eutanásia, ortotanásia, ou suicídio assistido, até porque tais conceitos sequer são mencionados na lei. Contudo, é conferida a possibilidade de não punir o sujeito que, por “piedade” der fim à vida daquele que está em sofrimento.

44 ECUADOR. Código Orgánico Integral Penal, COIP. Disponível em https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf. Acesso em 19/03/2025.

45 URUGUAY. Código Penal. Ley nº 9.155. Disponível em <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>. Acesso em 28/02/2025.

Com este tópico, a pesquisa foi concluída com a compreensão de que alguns países da América do Sul levantam discussões sobre o direito à morte digna. Na Colômbia, há notável pioneirismo sobre a temática, o que é visível ao analisar a minuciosa Resolução 971, na qual, foram criados diversos requisitos cumulativos a observar antes de praticar a eutanásia e o suicídio assistido, que se destinam a pacientes com quadros clínicos irreversíveis e de sofrimento. No Equador, foi pontuada pela Corte Constitucional a necessidade de se atentar à autodeterminação, assim como ao fato de que o direito à vida não deve ser absoluto, se a pessoa não puder viver com dignidade.

Já no Uruguai, a reforma não veio do Judiciário como nos demais países, mas sim da alteração da lei penal. É, porém, mudança mais branda, para deixar de punir aquele profissional que praticar o homicídio considerado piedoso, sem estabelecer ou determinar que se estabeleçam diretrizes para a eutanásia e homicídio assistido, que sequer foram objeto da proposição legislativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o cenário global e nacional, é possível entender que os avanços sobre o direito à boa morte e à autodeterminação do paciente em relação de tratamentos caminha a passos lentos, o que muito se deve ao fato de ser um tema sensível para as sociedades. No Congresso Nacional, os debates são ainda mais morosos e os projetos de lei estão congelados, de maneira que todas as inovações não decorrem da atividade legislativa, mas sim da sociedade, jurisprudência, doutrina e

do Conselho Federal de Medicina. Apesar de importantes as modificações contextuais, elas não são feitas no parlamento, que é o Poder dotado de maiores credenciais democráticas para delimitar questões como essa.

Ainda assim, ocorreram importantes passos neste panorama. No Brasil, como se viu, a eutanásia é vedada e pode ser considerada homicídio. No entanto, permite-se que o médico atue para realizar a ortotanásia no paciente sem que isso lhe implique responsabilização ética. Também existe a faculdade de a pessoa elaborar testamento vital, para estabelecer diretivas antecipadas de vontade ou outorgar poderes para que um procurador a represente, ainda durante a vida ou após a morte. E como se viu, essas manifestações de vontade devem ser respeitadas, ainda que contrárias ao desejo da família, tendência que vem sendo seguida no sentido de deixar que cada um estabeleça se quer ou não receber um tratamento de saúde, que possa ou não prolongar sua vida.

Vê-se, portanto, ainda que fora dos debates parlamentares, acontece um caminhar no sentido de compreender que o paciente pode optar por ter uma morte digna no lugar de um prolongamento de vida em sofrimento, principalmente quando é portador de doença terminal. A falta de debate perante o legislativo, como abordado, não é exclusividade do Brasil. Países sul-americanos como Colômbia e Equador tiveram a eutanásia e o suicídio assistido permitidos por decisões judiciais, as quais são inovadoras sobre a matéria na América do Sul.

Observando a experiência dos outros países, é notável que aqueles que legalizaram as práticas de antecipação do fim da vida, como os sul-americanos supracitados ou os Países Baixos, criaram uma série de requisitos, cumulativos e indispensáveis para que se possa praticar a eutanásia ou assistir o suicídio do paciente. Não ocorreu, nos debates e nas regulações, a banalização do fim da vida ou a facilitação excessiva de seu encurtamento, de forma deliberada.

A conexão entre bioética e, o direito e a jurisprudência destaca a necessidade de um diálogo constante entre essas áreas, especialmente diante do avanço acelerado das tecnologias na saúde e na biomedicina. As decisões judiciais não só aplicam princípios morais e éticos, mas também ajustam e reformulam a legislação para acompanhar as novas dinâmicas sociais. Para que a justiça e a bioética caminhem juntas de forma verdadeiramente eficaz, é fundamental que profissionais da saúde, operadores do direito e a sociedade como um todo participem de um debate crítico sobre as implicações éticas de suas escolhas. Garantir o respeito aos direitos humanos, a equidade no acesso à saúde e a proteção dos mais vulneráveis deve ser um compromisso central na construção de um sistema mais justo.

Compreender estes aspectos bioéticos é concernir sobre a dignidade da vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIOSI, Mariângela. Diretrizes antecipadas de vontade – DAV – e a Lei da Ortotanásia no Brasil como construção valorativa à eutanásia pelo

prisma da teoria da dinamogenesis dos direitos humanos à luz do construtivismo interpretativo de Dworkin. *In Revista dos Tribunais*, v. 1049/2023, p. 177-205 [versão eletrônica].

BRASIL. Câmara Dos Deputados. **Projeto de Lei 6715/2009**.

BRASIL. Conselho Federal De Medicina. **Código de Ética Médico (Res. nº 2217/2018)**. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em 12/03/2025.

BRASIL. Conselho Federal De Medicina. **Resolução 1995 de 31 de agosto de 2012**. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em 27/02/2025.

BRASIL. Conselho Federal De Medicina. **Resolução nº 1.805/2006**. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em 12/03/2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.848/1940 (Código Penal).

BRASIL. Distrito Federal. 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal. **Processo 2007.37.00.14809-3**. Julgado em 01/12/2010.

BRASIL. Lei nº 10.406/2002 (Código Civil). Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em 27/02/2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1212272**, Tema 1069, Relator: Ministro Gilmar Mendes. Plenário. Julgado em 25/09/2024, publicação em 26/11/2024.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Resolución 1216 de 2015**. Disponível em <https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf>. Acesso em 19/03/2025.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Resolución 971 de 2021**. Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-971-de-2021.pdf>. Acesso em 19/03/2025.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. **Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal**. *Bioética*, v. 13, n. 2, p. 90-91, 2005.

DIAS, Roberto. **O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia**. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 148-149.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 492.
FALEIROS JÚNIOR, José Luiz de Moura. DADALTO, Luciana. A efetivação do “testamento vital eletrônico” no Brasil: considerações sobre o uso da tecnologia para a instrumentalização da manifestação de vontade do paciente em fim de vida durante a pandemia da COVID-19. *In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde* [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

ECUADOR. Corte Constitucional Del Ecuador. **Sentencia 67-23-IN/24**. Relator: Enrique Herrería Bonnet. Plenário. Julgado em 05/02/2024. Disponível em: https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBLdGE6J3RyYW1pdGU nLCB1dWlkOidlnZvJzThhMS1iMGMOLTQ0OWMt YmEyMy01MTdlyzVkyTY3NGQuCGRmJ30=. Acesso em 19/03/2025.

ECUADOR. **Código Orgânico Integral Penal, COIP**. Disponível em https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_f eb-2021.pdf. Acesso em 19/03/2025.

FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno. MARGRAF, Alencar Frederico. O direito de pacientes em estado terminal a uma morte digna: a eutanásia à luz dos princípios constitucionais, *in Revista dos Tribunais*, v. 1016/2020, p. 79-95, Jun/2020 [versão eletrônica].

GONSALVES, Nathalia Recchiutti. DADALTO, Luciana. Testamento vital e responsabilidade civil. *In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde* [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. **Is euthanasia allowed in the Netherlands?**

Disponível em <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed>. Acesso em 28/02/2025.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. Aspectos éticos e jurídico-penais da relação médico paciente [livro eletrônico]. 1. ed. em e-book baseada na 1. ed. impressa. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

NETO, Miguel Kfourri. **Responsabilidade civil do médico** [livro eletrônico]. 5 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2024.

RECCHIUTTI, Nathalia. DADALTO, Luciana. Testamento vital e responsabilidade civil. *In Debates contemporâneo em direito médico e da saúde* [livro eletrônico]. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES. **Euthanasia Code 2022**. Disponível em https://www.euthanasiacommissie.nl/binaries/euthanasiacommissie/documenten/publicaties/ec-2022/ec-2022/7/5/RTE_EuthaCode2022_English.pdf. Acesso em 28/02/2025.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Agravo de instrumento 70065995078**. Primeira Câmara Cível. Relator: Sergio Luiz Grassi Beck, Julgado em 03/09/2015.

ROXIN, Claus. A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia. *In Doutrinas Essenciais Direitos Humanos*. Ano 1, v. 2 [versão eletrônica]. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT. **The various forms of euthanasia and their position in law**. Federal Office of Justice, 2023. Disponível em <https://www.bj.admin.ch/bj/en/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>. Acesso em 28/02/2025.

SOARES SANCHES, Vladia Maria de Moura. O testamento vital e o princípio da dignidade da pessoa humana. *In Revista de Direito Constitucional e Internacional* [versão eletrônica]. Ano 22, v. 87. Abr-jun/2014. Coord. Maria Garcia. São Paulo: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 2014.

TOMÉ, Patricia Rizzo. Suicídio Assistido e a Eutanásia. *in Revista de Direito e Medicina*. v. 5/2020 – jan.-abr. 2020.

TOMÉ, Patricia Rizzo. Suicídio Assistido e a Eutanásia. *in Revista de Direito e Medicina*. v. 5/2020 – jan.-abr. 2020.

URUGUAY. **Código Penal. Ley nº 9.155**. Disponível em <<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>>. Acesso em 28/02/2025.

ZILIO, Daniela. Eutanásia na América do Sul: uma análise sobre os casos da Colômbia e do Equador. *In Revista de Biodireito e Direito dos Animais*. V. 10, n.1. jan-jul/2024, p. 23-39.