



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PRPG)  
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO EM  
DIREITOS HUMANOS (NIPEE-DH)  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM  
DIREITOS HUMANOS (PPGIDH)

KYRIANNY FARIA MARTINS

**PERSPECTIVAS PARA O DIREITO À MORTE DIGNA NO BRASIL**

GOIÂNIA  
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
GERÊNCIA DE CURSOS E PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### 2. Nome completo do autor

**Kyrianny Faria Martins**

#### 3. Título do trabalho

**Perspectivas para o direito à morte digna no Brasil**

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
  - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Paula Gabriela Mendes Lima**, Usuário Externo, em 29/08/2025, às 08:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kyrianny Faria Martins, Discente**, em 01/09/2025, às 00:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5597517** e o código CRC **1DC05766**.

---

Referência: Processo nº 23070.041780/2025-86

SEI nº 5597517

**KYRIANNY FARIA MARTINS**

**PERSPECTIVAS PARA O DIREITO À MORTE DIGNA NO BRASIL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Extensão em Direitos Humanos vinculado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de mestra em Direitos Humanos.

Área de concentração: Fundamentos Teóricos dos Direitos Humanos. Linha de Pesquisa: 1. Fundamentos Teóricos dos Direitos Humanos.

Orientadora: Professora Doutora Paula Gabriela Mendes Lima.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Martins, Kyrianny Faria  
Perspectivas para o direito à morte digna no Brasil [manuscrito] /  
Kyrianny Faria Martins. - 2025.  
CXXI, 121 f.

Orientador: Prof. Paula Gabriela Mendes Lima.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró  
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em  
Direitos Humanos, Goiânia, 2025.  
Bibliografia.

1. Bioética. 2. Bem Viver. 3. Eutanásia. I. Lima, Paula Gabriela  
Mendes, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO EM DIREITOS HUMANOS

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 23/2025 da sessão de Defesa de Dissertação de **Kyrianny Faria Martins**, que confere o título de **Mestra em Direitos Humanos**, na área de concentração em Direitos Humanos.

Aos vinte e cinco dias do mês de agosto de dois mil e vinte e cinco, a partir das 19h30, por webconferência, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**Perspectivas para o direito à morte digna no Brasil**”. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **Paula Gabriela Mendes Lima** (PPGDH/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Elson Santos Silva** (PPGDH/UFG), membro titular **interno(a)**. Professor(a) Doutor(a) **Laércio Melo Martins** (Direito/UEG), membro titular **externo(a)**. Durante a arguição os membros da banca não fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) Paula Gabriela Mendes Lima, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Elson Santos Silva**, **Usuário Externo**, em 25/08/2025, às 21:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Gabriela Mendes Lima**, **Usuário Externo**, em 26/08/2025, às 12:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laércio Melo Martins**, **Usuário Externo**, em 08/10/2025, às 20:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5597515** e o código CRC **1F1C81D1**.

Referência: Processo nº 23070.041780/2025-86

SEI nº 5597515

Dedico este trabalho àquelas pessoas que, em suas vidas, enfrentam dores insuportáveis e anseiam por um fim digno, com esperança de que seus direitos à autonomia, ao cuidado ético e à compaixão possam ser reconhecidos e respeitados. À família, aos amigos, aos profissionais da saúde e aos que lutam por uma sociedade mais justa e sensível às necessidades do outro, que a busca pela dignidade em momentos de vulnerabilidade possa promover maior compreensão, respeito e acolhimento. Que este estudo possa contribuir para fortalecer o debate e a concretização do direito à morte digna, promovendo um mundo onde o respeito à autonomia seja a essência das relações humanas em seus momentos finais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Adauto e Andreice, por me proporcionarem experiências que têm sido fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. O apoio e a confiança que sempre depositaram em mim foram decisivos para a minha trajetória, sempre me incentivando a buscar novos horizontes e a superar os desafios que surgem ao longo do caminho.

Às minhas queridas avós, Antônia Jalda e Flausina Faria Dias, que sempre acreditaram no meu potencial e no meu propósito de compartilhar conhecimento. Suas lições de vida, baseadas em caráter, humanidade e um espírito de renúncia para servir ao próximo, são presentes que levo comigo todos os dias. Elas, com seus exemplos, foram fontes constantes de inspiração, e sua presença em minha vida é eterna.

Nos momentos mais difíceis, especialmente na fase final deste trabalho, não posso deixar de agradecer à espiritualidade que tem me orientado e fortalecido. Foi por meio dessa força que encontrei sabedoria para transmitir com responsabilidade e clareza os pontos mais relevantes de um tema tão sensível e desafiador, com uma abordagem interdisciplinar que questiona e reflete sobre conceitos religiosos e sociais

Também quero reconhecer a presença de uma pessoa essencial nesse processo: meu namorado, João Fabrício Loss. Sou imensamente grata pelo apoio, carinho e empenho que ele me dedicou, não apenas me ajudando a alcançar esse objetivo, mas também me ensinando a ser uma versão mais forte e confiante de mim mesma. João tem sido, de fato, uma fonte constante de força e motivação. Seu jeito único de se relacionar com os outros, sua simpatia e sua capacidade de lidar com situações complexas de maneira leve e firme me inspiram todos os dias. Ele me ajuda, de forma prática e genuína, a desenvolver habilidades interpessoais essenciais, e a cada dia me ensina a ser melhor em todos os sentidos.

Registro também minha profunda gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Paula Gabriela Mendes Lima, cuja dedicação, paciência e comprometimento foram cruciais para a realização desta pesquisa tão almejada. Sua orientação não apenas forneceu o alicerce teórico necessário, mas também me motivou a persistir, mesmo diante das dificuldades, para alcançar os objetivos traçados.

Agradeço igualmente aos professores com os quais tive a honra de cursar disciplinas ao longo dos períodos de minha formação. Cada um deles contribuiu de maneira única para o meu crescimento acadêmico, permitindo-me ressignificar e expandir o entendimento de conceitos essenciais que enriqueceram a escrita dos capítulos aqui desenvolvidos.

Por fim, expresso minha sincera gratidão à FAPEG, cujo apoio financeiro foi imprescindível para viabilizar a realização deste trabalho, permitindo que eu pudesse concretizar este projeto com qualidade e profundidade

*"Falar sobre a morte não traz a morte, mas sim a vida."* - **Ana Cláudia Quintana Arantes** no livro **"A morte é um dia que vale a pena viver"**

*"O direito à morte digna é a proteção da autonomia individual no final da vida, garantindo que o paciente possa escolher como deseja viver seus últimos momentos, com respeito à sua dignidade."* - **Bárbara Gomes Cavalcante** no escrito **Morte digna: as diretivas antecipadas de vontade (2022)**

## RESUMO

A presente dissertação investiga os dilemas éticos, jurídicos e humanos relacionados à eutanásia no contexto brasileiro contemporâneo, especialmente diante do avanço das tecnologias médicas e da possibilidade de prolongamento da vida em situações de terminalidade. Defende-se a hipótese de que, nos casos em que pacientes em estado terminal irreversível, submetidos exclusivamente a cuidados paliativos, manifestam de forma livre e consciente o desejo de abreviar o sofrimento, a criminalização da eutanásia configura violação dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada, exigindo a revisão do Código Penal e a elaboração de protocolos médico-legais específicos. O trabalho parte do entendimento de que o direito à vida, embora fundamental, não é absoluto e deve ser interpretado em harmonia com a dignidade e a liberdade individual, conforme determina a Constituição Federal de 1988. Analisa-se o peso dos valores religiosos, notadamente da doutrina cristã, no debate legislativo, destacando a necessidade de respeito ao Estado laico e à vedação de influência dogmática nas políticas públicas. O objetivo geral da pesquisa é demonstrar que há fundamentos constitucionais e jurídicos suficientes para regulamentar a morte digna no Brasil. Entre os objetivos específicos, destacam-se a compreensão do conceito de vida como valor jurídico absoluto, a discussão dos limites da autonomia e da dignidade na terminalidade, a avaliação do papel do Estado laico nas políticas sobre o fim da vida, a identificação de barreiras legais e éticas à regulamentação da eutanásia e a proposição de uma abordagem normativa baseada na teoria do cuidado, reconhecendo a morte digna como expressão legítima dos direitos à saúde, liberdade e dignidade. A metodologia adotada é bibliográfica, com abordagem qualitativa e interdisciplinar, permitindo a análise aprofundada de textos jurídicos, bioéticos, filosóficos e teológicos. Tal abordagem possibilita captar as nuances dos argumentos e promover um diálogo crítico entre direito, ética médica e espiritualidade, reconhecendo a complexidade e a sensibilidade do tema. A reflexão é enriquecida pela perspectiva do teólogo Pessini (2004), que propõe uma compreensão da morte como transição e último ato de liberdade, ressaltando a importância do cuidado, da escuta ativa e do reconhecimento da subjetividade e do sofrimento do paciente terminal. Atrelada a esta perspectiva, ao abordar o conceito de bem viver recorreu-se a autores como: Acosta (2016), Arantes (2016), Gudynas (2011) Tronto (2013), na abordagem da eutanásia e suas características utilizou-se Fachini (2013) Goldim (2000), Horta (1999), Nobrega Filho (2010) e Pessini (2004). No campo das legislações brasileira e colombiana essa pesquisa se valeu dos escritos dispostos nas respectivas Constituições Federais, no Código Penal e Civil brasileiro e nas decisões do Supremo Tribunal Federal. Concluiu-se que há no Direito brasileiro fundamentação necessária para que a eutanásia seja legalizada, entretanto, devido a influencia cristã, o tema ainda enfrenta muitos entraves, relacionados principalmente a concepção religiosa sobre a vida.

**Palavras-chave:** Bioética. Bem viver. Eutanásia.

## ABSTRACT

This dissertation investigates the ethical, legal, and human dilemmas related to euthanasia in the contemporary Brazilian context, especially in light of advances in medical technology and the possibility of prolonging life in terminal situations. It defends the hypothesis that, in cases where patients in an irreversible terminal state, undergoing exclusively palliative care, freely and consciously express their desire to shorten their suffering, the criminalization of euthanasia constitutes a violation of the constitutional principles of human dignity and private autonomy, requiring a revision of the Penal Code and the development of specific medical-legal protocols. The work is based on the understanding that the right to life, although fundamental, is not absolute and must be interpreted in harmony with dignity and individual freedom, as determined by the Federal Constitution of 1988. The weight of religious values, notably Christian doctrine, in the legislative debate is analyzed, highlighting the need for respect for the secular state and the prohibition of dogmatic influence in public policies. The overall objective of the research is to demonstrate that there are sufficient constitutional and legal grounds to regulate dignified death in Brazil. Among the specific objectives are understanding the concept of life as an absolute legal value, discussing the limits of autonomy and dignity in terminal cases, evaluating the role of the secular state in end-of-life policies, the identification of legal and ethical barriers to the regulation of euthanasia, and the proposal of a normative approach based on the theory of care, recognizing dignified death as a legitimate expression of the rights to health, freedom, and dignity. The methodology adopted is bibliographic, with a qualitative and interdisciplinary approach, allowing for an in-depth analysis of legal, bioethical, philosophical, and theological texts. This approach makes it possible to capture the nuances of the arguments and promote a critical dialogue between law, medical ethics, and spirituality, recognizing the complexity and sensitivity of the topic. The reflection is enriched by the perspective of theologian Pessini (2004), who proposes an understanding of death as a transition and the ultimate act of freedom, emphasizing the importance of care, active listening, and recognition of the subjectivity and suffering of the terminally ill patient. Linked to this perspective, when addressing the concept of good living, authors such as Acosta (2016), Arantes (2016), Gudynas (2011) Tronto (2013), and in addressing euthanasia and its characteristics, Fachini (2013) Goldim (2000), Horta (1999), Nobrega Filho (2010), and Pessini (2004) were used. In the field of Brazilian and Colombian legislation, this research drew on the provisions of the respective Federal Constitutions, the Brazilian Penal and Civil Codes, and the decisions of the Federal Supreme Court. It was concluded that Brazilian law provides the necessary basis for euthanasia to be legalized. However, due to Christian influence, the issue still faces many obstacles, mainly related to religious conceptions of life.

**Keywords:** Bioethics. Good living. Euthanasia.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 BEM VIVER E CUIDADO: FUNDAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS PARA UMA MORTE DIGNA.....</b>	<b>14</b>
1.1 <i>Buen Vivir</i> : uma concepção filosófica.....	15
1.2 A teoria do cuidado.....	19
1.3 A morte vista por diferentes perspectivas.....	30
1.3.1 O contexto brasileiro.....	31
<b>2 A EUTANÁSIA E SEUS PARADOXOS.....</b>	<b>35</b>
2.1 Visão geral sobre eutanásia.....	35
2.2 A Eutanásia como categoria analítica.....	47
2.3 Eutanásia e bioética.....	70
<b>3 BASES PARA A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA NO BRASIL.....</b>	<b>75</b>
3.1 A organização político-social do Brasil.....	80
3.2 A morte retratada nas expressões literárias e audiovisuais brasileiras.....	82
3.3 A discussão sobre eutanásia atualmente no ordenamento jurídico brasileiro ....	88
<b>4 CONCLUSÃO.    105</b>	
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>

## INTRODUÇÃO

A questão do direito à morte digna, especialmente no contexto das práticas de eutanásia, tem se configurado como um tema complexo, que envolve não apenas aspectos médicos e jurídicos, mas também culturais, religiosos, éticos e sociais. Ao longo da história, diferentes civilizações apresentaram práticas variadas relacionadas à moratória<sup>1</sup> ou ao encerramento de vidas, muitas vezes influenciadas por fatores religiosos e culturais que reforçavam ou restringiam o debate. A bioética surge nesse meandro como um campo interdisciplinar relevante para propor uma reflexão aprofundada sobre valores, princípios morais e direitos envolvidos na administração do cuidado em situações de morte assistida. A eutanásia ocupa uma posição central nessa discussão por ser alvo de diferentes interpretações conceituais, jurídicas e morais, o que demonstra a diversidade de perspectivas sobre o tema.

Atualmente, países como a Colômbia têm apresentado avanços significativos ao reconhecer o direito de pacientes não terminais de optarem pela eutanásia, consolidando uma mudança paradigmática nas legislações sobre o fim da vida. O caso de Víctor Escobar Prado, amplamente divulgado pela imprensa internacional, tornou-se emblemático na história dos direitos sobre o fim da vida. Diagnosticado com doenças pulmonares crônicas irreversíveis e debilitantes, mas sem se enquadrar no critério de doença terminal, Escobar lutou judicialmente por dois anos para obter autorização para realizar a eutanásia. Em janeiro de 2022, após a Corte Constitucional da Colômbia ampliar o entendimento sobre o direito à morte digna, ele tornou-se o primeiro paciente não terminal autorizado legalmente a receber o procedimento no país. Sua trajetória evidenciou o peso da autonomia individual e a importância do respaldo jurídico no reconhecimento da dignidade no morrer.

A morte, embora natural e inevitável, é tratada com reservas pela sociedade. O avanço da medicina e das tecnologias de prolongamento da vida gerou uma série de dilemas éticos, jurídicos e humanos. Diante da possibilidade de estender a existência de um paciente por meio de procedimentos invasivos que, muitas vezes, carecem de sentido terapêutico, surge uma questão fundamental: até que ponto

---

<sup>1</sup> A moratória da morte refere-se ao adiamento simbólico, social ou técnico do morrer, evidenciado em práticas culturais e médicas que postergam o fim da vida. Essa ideia inclui desde rituais tradicionais até intervenções biomédicas que prolongam a existência.

deve a vida, quando privada de dignidade e autonomia, ser mantida a qualquer custo?

A reflexão torna-se especialmente relevante ao se considerar pacientes em estado terminal, submetidos a cuidados paliativos, que expressam de forma consciente e voluntária o desejo de abreviar o próprio sofrimento. Nesses casos, a permanência da criminalização da eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro suscita questionamentos importantes à luz dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada.

A hipótese desta dissertação é que se uma pessoa se encontra em estado terminal irreversível, submetida exclusivamente a cuidados paliativos, e manifesta de forma livre e consciente o desejo de antecipar a morte, a criminalização da eutanásia, nesse contexto, configura uma violação dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada, exigindo, conseqüentemente, a revisão do Código Penal e a formulação de protocolos médicos e ético-legais específicos pelo Ministério da Saúde.

Essa hipótese sustenta-se no entendimento de que o direito à vida, embora fundamental, não possui caráter absoluto. Conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, os direitos fundamentais devem ser interpretados de modo sistemático e interdependente, de forma que a preservação da vida não pode ocorrer em detrimento da dignidade e da liberdade individual.

O debate acerca da eutanásia no Brasil revela forte influência de valores religiosos, em especial da doutrina cristã<sup>2</sup> que considera a vida sagrada e inviolável desde a concepção até a morte natural. Destaca-se a perspectiva das vertentes evangélicas, as quais, em geral, defendem a sacralidade da vida como dom divino e se posicionam contrariamente à antecipação da morte, mesmo em situações de sofrimento extremo. Tal visão está associada à crença na soberania de Deus sobre o início e o fim da existência humana. No Brasil, entidades evangélicas vêm desempenhando papel ativo no cenário político e moral, pressionando legisladores a manter uma postura restritiva em relação à eutanásia e ao suicídio assistido, frequentemente ancoradas em argumentos de ordem religiosa e moral. Como pode ser verificado com a atuação da bancada evangélica no Congresso Nacional, um

---

<sup>2</sup> A doutrina cristã refere-se ao conjunto de princípios teológicos e morais fundamentados na Bíblia, que orientam a fé e a conduta dos seguidores de Jesus Cristo.

grupo parlamentar que tem exercido significativa influência nas decisões legislativas sobre temas bioéticos, como a interrupção da gestação e o direito à morte digna, orientando-se majoritariamente por valores cristãos conservadores que buscam impedir qualquer avanço legal que relativize a inviolabilidade da vida.

Embora legítima sob o prisma individual e moral, uma concepção religiosa não deve ser imposta de maneira generalizada no campo jurídico de um Estado laico. O artigo 19, inciso I, da Constituição Federal veda qualquer modalidade de aliança entre o Estado e confissões religiosas, o que implica a necessidade de afastar dogmas do processo legislativo.

Nesse cenário, a contribuição do teólogo Pessini (2004) mostra-se importante. Para ele, a morte não deve ser compreendida como falência, mas como um momento de transição, o “último ato de liberdade” do ser humano diante da vida. Na teologia cristã, conforme o autor, morrer com dignidade é parte do caminho espiritual e existencial do sujeito, e não pode ser reduzido a um evento meramente biológico ou tratado exclusivamente pelo viés técnico da medicina.

Tal compreensão teológica favorece um olhar mais compassivo sobre o processo de morrer, resgatando o valor do cuidado e da escuta ativa nos momentos finais da vida. A dignidade da pessoa humana, nesse contexto, não se exaure no simples prolongamento da vida biológica, mas demanda o reconhecimento da subjetividade, da vontade e do sofrimento de quem se encontra em fase terminal.

Diante desse contexto, a presente pesquisa busca aprofundar o entendimento acerca do direito à morte digna, através da análise de experiências nacionais e internacionais, com foco nas alternativas jurídicas que vêm sendo construídas e nos casos concretos que ilustram as possibilidades de sua concretização. A reflexão proposta considera a importância de compreender os aspectos bioéticos envolvidos, bem como os limites e potencialidades de uma legislação mais efetiva no Brasil, que possa equilibrar o respeito à autonomia do indivíduo com a proteção de valores sociais e culturais profundamente enraizados. Assim, busca-se contribuir com uma compreensão robusta do tema, possibilitando reflexões que possam orientar futuras mudanças nas políticas públicas e na legislação, sempre buscando garantir que a decisão de morrer com dignidade seja exercida de forma responsável e ética.

Propõe-se, assim, analisar os fundamentos jurídicos e bioéticos que amparam o direito à morte digna, em diálogo com a realidade brasileira, buscando superar a visão punitivista predominante no tratamento legal da eutanásia. Este trabalho

propõe uma reflexão crítica e humanizada, centrada na autonomia do paciente e no compromisso do Estado com a dignidade de seus cidadãos.

O objetivo geral da pesquisa é demonstrar que há fundamentos constitucionais e jurídicos suficientes para regulamentar a morte digna no Brasil. Como objetivos específicos, pretende-se: compreender o conceito de vida como valor jurídico absoluto; discutir os limites da autonomia e da dignidade diante da terminalidade; avaliar o papel do Estado laico na formulação de políticas sobre o fim da vida; identificar barreiras legais e éticas à regulamentação da eutanásia; e apresentar, com base na teoria do cuidado como categoria jurídico-política, uma proposta de abordagem normativa que contemple a morte digna como expressão legítima do direito à saúde, à liberdade e à dignidade da pessoa humana, incluindo parâmetros práticos e diretrizes informacionais voltadas à formulação de políticas públicas no âmbito do Ministério da Saúde.

A metodologia adotada para esta pesquisa é do tipo bibliográfica com abordagem qualitativa, o que significa que o estudo baseia-se na análise e interpretação de textos já produzidos, como livros, artigos científicos, documentos legais e filosóficos. Tal escolha permite aprofundar a compreensão teórica e ética acerca do tema da eutanásia, explorando distintas perspectivas e fundamentações presentes na bioética, na filosofia do direito, na teologia moral e no direito constitucional. Ao trabalhar com fontes diversificadas, busca-se construir um panorama interdisciplinar que reflita a complexidade do assunto, sem restrição a um único campo do conhecimento.

A abordagem qualitativa mostra-se especialmente adequada para temas como a eutanásia, que envolvem dimensões subjetivas, valores morais e dilemas éticos não suscetíveis de quantificação precisa. Por meio da análise qualitativa, torna-se possível apreender as nuances dos argumentos, as tensões entre princípios éticos e jurídicos, bem como as implicações práticas das distintas modalidades de eutanásia. Ademais, essa metodologia possibilita identificar convergências e divergências entre os campos do saber, promovendo diálogo entre o direito, a ética médica e a espiritualidade, elemento que impacta diretamente a dignidade humana e o sentido da vida e da morte.

A interdisciplinaridade, portanto, não se configura apenas como escolha metodológica, mas como exigência imposta pela complexidade do tema. A integração dos conhecimentos jurídicos, éticos, médicos e espirituais propicia uma

análise mais abrangente e sensível, apta a contemplar tanto os aspectos normativos quanto os existenciais envolvidos na decisão sobre a eutanásia. A pluralidade de enfoques contribui para uma reflexão crítica mais rica, que considera o que a lei estabelece, mas também o que a ética orienta e o que a experiência humana vivencia diante do sofrimento e da terminalidade. Assim, a metodologia adotada oferece um caminho sólido para abordar um tema tão delicado e multifacetado.

A estrutura da dissertação organiza-se em três capítulos principais, elaborados em consonância com os objetivos propostos, para além da introdução e da apresentação mais detalhada da metodologia. O capítulo 1, intitulado “Bem Viver, cuidado: fundamentos ético-políticos para uma morte digna”, apresenta os fundamentos éticos, políticos e filosóficos que sustentam a noção de morte digna, com base na teoria do cuidado e na filosofia do *Buen Vivir*. Com apoio nas contribuições de Tronto (2013) e nas cosmovisões latino-americanas, o capítulo trata dos limites da dignidade e da autonomia diante da terminalidade ao propor o cuidado como categoria jurídico-política essencial no contexto brasileiro contemporâneo.

O Capítulo 2, “A eutanásia e seus paradoxos”, examina os dilemas bioéticos, médicos e jurídicos associados à eutanásia, discutindo suas classificações, seus fundamentos históricos e os desafios normativos e culturais enfrentados no Brasil. Esse capítulo problematizar o valor jurídico da vida, o papel do Estado laico e os obstáculos legais à regulamentação da prática eutanásica.

O Capítulo 3, “Bases para a legalização da eutanásia no Brasil”, propõe uma articulação entre os fundamentos apresentados anteriormente e o contexto jurídico, político e sociocultural brasileiro. Com base nos princípios da dignidade da pessoa humana, da justiça social e da liberdade individual, o capítulo oferece argumentos e diretrizes para uma eventual regulamentação da eutanásia no país, considerando os desafios legais, os discursos sociais e as expressões culturais que envolvem o tema.

Dessa forma, o trabalho conjuga os objetivos propostos com uma análise crítica e fundamentada, buscando ampliar o debate jurídico e social sobre o direito de morrer com dignidade no Brasil. Ao fim, espera-se que esta dissertação contribua para a construção de uma cultura de cuidado, em que a escuta, a empatia e o reconhecimento da autonomia se tornem pilares das políticas públicas voltadas ao fim da vida. Em uma sociedade democrática, respeitar a vontade de quem sofre não é apenas um gesto de compaixão: é um dever de justiça.

## **1 BEM VIVER E CUIDADO: FUNDAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS PARA UMA MORTE DIGNA**

Os termos “cuidado” e “bem viver” são empregados no cotidiano, mas no campo científico encontram-se amparados por um complexo arcabouço teórico-metodológico que lhes subtrai os sentidos imediatos. Ao serem situados em um horizonte teórico ético-político comprometido com a justiça social e a dignidade humana, sobretudo no que diz respeito à experiência da morte, adquirem novas camadas de significação.

Dada a polissemia dos vocábulos, impõe-se um esforço intelectual que ultrapasse as leituras superficiais, o que exige uma abordagem crítica capaz de apreender suas múltiplas dimensões e implicações. Assim, este capítulo tem por objetivo delinear, com fundamento em aportes interdisciplinares, os elementos filosóficos, éticos e políticos que sustentam as teorias do cuidado e do bem viver, compreendendo-os como pilares para a construção de uma sociedade orientada pela justiça social e pelo reconhecimento do direito a uma morte digna. Trata-se de inserir o debate em um campo de disputas, tanto simbólicas quanto materiais, por modelos societários, modos de subjetivação e arranjos institucionais, nos quais o cuidado e o bem viver não apenas ocupam posição central, mas também se apresentam como instrumentos críticos de transformação.

Parte-se do reconhecimento de que a forma como uma coletividade pensa o cuidado e concebe o bem viver revela sua disposição frente à finitude da vida e às condições em que seus membros morrem. Por essa razão, problematizar tais categorias à luz das desigualdades estruturais e dos marcadores sociais da diferença de gênero mostra-se indispensável para sustentar uma ética do cuidado<sup>3</sup> que não se restrinja a princípios abstratos, mas se traduza em práticas concretas e sensíveis às necessidades dos sujeitos. Ao mesmo tempo, o conceito de bem viver (doravante Bem Viver ao se referir à filosofia de vida), proveniente das cosmologias indígenas latino-americanas, desponta como contraponto ao paradigma contemporâneo de desenvolvimento, oferecendo outras possibilidades para pensar a vida, a saúde, a coletividade e, por extensão, a morte.

---

<sup>3</sup> A ética do cuidado, segundo Joan Tronto (2013), compreende o cuidado como prática política e moral essencial à democracia, fundamentada na atenção, responsabilidade e resposta às necessidades humanas.

Dessa maneira, o presente capítulo busca erigir um arcabouço teórico que permita compreender o cuidado e o Bem Viver como fundamentos ético-políticos orientadores da luta por justiça social e por condições que assegurem o morrer com dignidade. Para tanto, serão exploradas contribuições de distintos autores e autoras que aprofundam tais conceitos, bem como experiências sociais que os concretizam em práticas cotidianas. Pretende-se, com isso, oferecer subsídios para uma crítica ao modelo biomédico hegemônico e à necropolítica que ainda rege o manejo da vida e da morte no contemporâneo, ao mesmo tempo em que se afirmam as potências de outros modos de existir e de partir.

### **1.1 *Buen vivir*: uma concepção filosófica**

A América Latina tem sido palco de intensas mobilizações sociais que propõem uma ruptura com os modelos de vida vigentes, em busca de um novo caminho para uma transformação civilizatória. Alicerçadas em experiências históricas e culturais dos povos indígenas, as propostas são um convite a repensar a convivência entre os seres humanos e entre esses e o meio ambiente. O conceito de Bem Viver, como observado por Acosta (2016), não é apenas um reflexo de uma proposta teórica, mas uma prática de vida que busca reconciliar as sociedades com a natureza e entre si.

O termo Bem Viver, *Buen Vivir* ou *Vivir Bien* também se manifesta de diferentes formas em países andinos e amazônicos. No Equador, é conhecido como *Sumak Kawsay* (no idioma kichwa), enquanto na Bolívia é denominado *Suma Qamaña* (no idioma aymara). Tal noção, embora presente em diferentes línguas e expressões, compartilha o mesmo princípio fundamental: viver de maneira harmoniosa com a natureza e com os outros, respeitando os direitos e a dignidade dos seres humanos e dos ecossistemas. Para além de um simples conceito jurídico ou político, é um convite à transformação das relações sociais, culturais e econômicas.

Segundo Acosta (2016), o Bem Viver representa uma alternativa ao paradigma hegemônico do desenvolvimento ocidental, contrapondo-se frontalmente à lógica da acumulação infinita, à exploração desenfreada dos bens naturais e à fragmentação entre a sociedade e a natureza. Nessa perspectiva, a filosofia resgata

valores como reciprocidade, solidariedade e harmonia, elementos já vivenciados em distintas culturas ao redor do mundo, mas sistematicamente marginalizados ou desvalorizados pela modernidade ocidental.

A formalização política dessa concepção ocorreu de forma inédita nas constituições do Equador (2008) e da Bolívia (2009) e reflete o impacto de processos históricos marcados pela mobilização dos povos originários e pela emergência de movimentos sociais que desafiaram os modelos convencionais de Estado e desenvolvimento. Conforme Gudynas (2011), a inclusão do *Buen Vivir* nos textos constitucionais não foi apenas simbólica, mas produto de profundas transformações políticas, do protagonismo indígena e da crescente demanda por alternativas ao modelo neoliberal. Com isso, o Bem Viver passou a ocupar um novo lugar no debate político latino-americano, provocando questionamentos acerca da sustentabilidade, da justiça socioambiental e do próprio significado do bem comum.

En sus primeras expresiones formales, el Buen Vivir se cristalizó en las nuevas constituciones de Ecuador (aprobada en 2008) y Bolivia (2009). Ese paso sustantivo fue el producto de nuevas condiciones políticas, la presencia de activos movimientos ciudadanos, y el creciente protagonismo indígena (Gudynas, 2011, p. 461).

Na Colômbia, a filosofia adquire contornos forjados pela confluência de múltiplas tradições e resistências. A pluralidade étnica e cultural presente no país imprime marcas singulares à compreensão do Bem Viver, mas que se manifesta consoante a filosofia e a vivência sustentada por cosmovisões indígenas, afrodescendentes e camponesas, permeadas também por elementos da religiosidade popular.

Alcantra e Sampaio (2011), ao analisarem o contexto colombiano, identificam entre os povos Embera uma concepção de mundo que valoriza a convivência respeitosa entre todos os seres, humanos e não humanos. A convivência harmoniosa não se limita à esfera social, mas abrange o território, os elementos naturais e os seres espirituais, compondo um universo simbólico e prático em que o Viver Bem está diretamente associado ao equilíbrio e à preservação da vida em todas as suas formas. O conhecimento tradicional, os rituais, a organização comunitária e as práticas sustentáveis constituem expressões materiais e simbólicas da filosofia, configurando modos de vida conectados ao território e orientados pela coletividade.

O sincretismo religioso<sup>4</sup> também ocupa papel relevante na elaboração simbólica do Bem Viver na Colômbia. Muitas comunidades indígenas articulam elementos do catolicismo, herdado do processo colonial, com espiritualidades próprias, em que a relação com a natureza e com os ancestrais é compreendida como sagrada. Rios, montanhas e florestas são concebidos como entidades vivas, dotadas de significado espiritual. Entre as populações afrodescendentes e aquelas que vivem no campo, práticas de solidariedade, cuidado mútuo e valorização da vida simples e comunitária expressam uma religiosidade cristã popular que se entrelaça com a harmonia com a natureza.

O Bem Viver opõe-se de forma contundente ao desenvolvimento nos moldes capitalistas, desafia a ideia de progresso contínuo e ilimitado, baseado na primazia do crescimento econômico e no ideal de consumo exacerbado, características típicas das sociedades industriais modernas. Conforme destaca Gudynas (2011), a crítica inclui a recusa ao reducionismo econômico que submete o bem-estar coletivo aos ditames do mercado, ignorando os impactos ecológicos, culturais e humanos dessa racionalidade. Em contraposição, propõe-se um modo de existência que não se fundamenta na lógica da escassez e da competição, mas na suficiência, na convivência e no respeito à diversidade.

O conceito de Bem Viver, proveniente das cosmologias indígenas latino-americanas, desponta como contraponto ao paradigma contemporâneo de desenvolvimento, oferecendo outras possibilidades para pensar a vida, a saúde, a coletividade e, por extensão, a morte. Diferentemente da noção de “viver bem”, amplamente difundida pela lógica neoliberal e centrada na realização individual, no consumo e na acumulação de bens, o Bem Viver propõe uma ética comunitária e relacional, baseada na harmonia com a natureza, no respeito às diferenças e na busca por equilíbrio coletivo.

De maneira geral, consiste em um paradigma alternativo que se sustenta na compreensão do ser humano como parte integrante de um tecido relacional mais amplo, composto por elementos sociais, naturais e espirituais, em que a noção de interdependência substitui a lógica do individualismo. Acosta (2016) argumenta que, para a consolidação do Bem Viver como projeto ético-político, é necessária uma ruptura epistemológica que permita a superação do fatalismo do desenvolvimento e

---

<sup>4</sup> Sincretismo religioso é o fenômeno de fusão ou coexistência de elementos de diferentes tradições religiosas, resultando em práticas, crenças ou rituais híbridos.

a revalorização de saberes, práticas e modos de vida sistematicamente invisibilizados pela colonialidade do poder. Nesse sentido, tal perspectiva critica as estruturas do capitalismo global e propõe a emergência de um novo horizonte civilizatório, plural e intercultural, baseado na dignidade, na equidade e na sustentabilidade.

Contudo, tal concepção não deve ser romantizada. A influência do modelo capitalista também penetra as realidades indígenas, muitas vezes forçando acomodações e ressignificações que afastam as comunidades de suas práticas originárias. Como observa Acosta (2016), há uma crescente incorporação de lógicas monetárias e de consumo nas populações indígenas, o que exige uma leitura crítica e situada do Bem Viver, reconhecendo tanto sua potência quanto suas tensões internas e contradições.

Apesar disso, o Buen Vivir permanece como um referencial vivo, construído a partir da resistência e da afirmação de outras formas de existência possíveis. Ao integrar dimensões materiais, sociais, espirituais e culturais, apresenta uma ética relacional e holística, centrada na solidariedade, na equidade e na participação coletiva. Além disso, enquanto crítica ao extrativismo predatório e à homogeneização cultural imposta pela modernidade ocidental, reafirma a importância da diversidade epistêmica, do pluralismo político e da convivência intercultural como fundamentos para a construção de sociedades justas, sustentáveis e verdadeiramente democráticas.

Não se trata de um modelo único ou fechado, mas como um projeto em constante elaboração, sensível às especificidades locais e às lutas sociais em curso. Sua força reside justamente na capacidade de inspirar práticas emancipatórias, de reconectar o ser humano à natureza e de reorientar as políticas públicas e os direitos coletivos a partir de um novo pacto ético entre os povos e o planeta.

A relação entre o Buen Vivir e o direito à morte digna é fundamentalmente uma questão de respeito, humanidade e equilíbrio com a natureza e a coletividade. Ambos os conceitos se baseiam na ideia de que cada pessoa tem o direito de viver e morrer de maneira autêntica e respeitosa, rodeado de solidariedade, não exploração e equilíbrio com a natureza.

Dessa forma, o Bem Viver, em sua multiplicidade de expressões e enraizamentos locais, revela-se como fundamento para a construção de uma ética relacional que valoriza a interdependência, o respeito aos ciclos vitais e a dignidade

das existências. Ao propor uma ruptura com a lógica individualista e produtivista, essa concepção convoca a ressignificar também os modos de cuidar e morrer. É nesse entrelaçamento entre vida, território, ancestralidade e comunidade que o cuidado emerge como princípio estruturante de uma justiça social sensível à diversidade dos modos de ser. A seguir, aprofundam-se os sentidos ético-políticos do cuidado, não apenas como prática assistencial, mas como horizonte de transformação das relações humanas e institucionais, sobretudo diante das vulnerabilidades que marcam o fim da vida.

## **1.2 A teoria do cuidado**

O cuidado, em seu sentido mais amplo, refere-se às ações e relações voltadas à manutenção, sustentação e reparação da vida em todas as suas dimensões: física, emocional, social, política e ambiental. Não se trata apenas de tarefas práticas ou de gestos afetuosos, mas sim de um conjunto complexo de responsabilidades que tornam possível a existência humana em sociedade.

O conceito de cuidado foi historicamente associado a um trabalho invisível, frequentemente relegado às mulheres e depreciado social e economicamente. Ao longo dos séculos, a construção do sistema capitalista e a imposição de um novo ordenamento social levaram à subordinação e desvalorização das atividades de cuidado, fundamentais para a reprodução da vida e o bem-estar das comunidades. O processo de marginalização do cuidado, iniciado com a transição do feudalismo para o capitalismo, foi acompanhado pela centralização da mulher nesse tipo de trabalho, frequentemente restrita à esfera doméstica e privada.

Federici (2017) descreve como a divisão sexual do trabalho, resultado da ascensão do capitalismo, não só reconfigurou a economia, mas também gerou um modelo de opressão baseado na subordinação das mulheres ao trabalho reprodutivo, o qual foi invisibilizado e desvalorizado. O trabalho feminino foi estigmatizado como “natural”, não merecendo remuneração ou reconhecimento na lógica capitalista de produção. Ao mesmo tempo, essa transformação gerou um processo de expropriação primitiva das mulheres, afastando-as da produção

coletiva e impondo-lhes uma responsabilidade isolada pelo cuidado familiar e doméstico, com as consequências mais duras recaindo sobre as mulheres mais pobres, cujas condições de vida se tornaram ainda mais precárias.

No novo regime monetário, somente a produção-para-o-mercado estava definida como atividade criadora de valor, enquanto a reprodução do trabalhador começou a ser considerada como algo sem valor do ponto de vista econômico e, inclusive, deixou de ser considerado um trabalho (Federici, 2017,p. 145).

Com a transição para o capitalismo, especialmente a partir da crise do feudalismo (séculos XIV a XVI), houve uma ruptura nas formas comunitárias de vida e uma imposição violenta de um novo ordenamento social. Para Federici (2017), o processo se deu por meio da destruição de saberes e práticas femininas, com destaque para a caça às bruxas, compreendida como mecanismo de repressão e controle dos corpos femininos.

As mulheres que detinham conhecimentos sobre o corpo, o parto e a sexualidade passaram a ser perseguidas, silenciadas e punidas. A nova ordem capitalista precisava controlar a reprodução e redefinir o papel das mulheres, confinando-as ao espaço doméstico e relegando a elas o trabalho reprodutivo como uma função natural e não remunerada.

No contexto da Revolução Industrial, essa lógica se intensificou. As mulheres foram incorporadas ao trabalho fabril em condições precárias, com salários inferiores aos dos homens, e mantidas sob a exigência de cuidar do lar e dos filhos, o que se convencionou chamar de dupla jornada. Paralelamente, foi forjado o ideal da “mulher do lar”, especialmente entre as classes médias, que atribuía à mulher a responsabilidade exclusiva pelo cuidado familiar, sustentando a divisão sexual do trabalho como algo moralmente legítimo.

Esta foi uma derrota histórica para as mulheres. Com sua expulsão dos ofícios e a desvalorização do trabalho reprodutivo, a pobreza foi feminizada. Para colocar em prática a ‘apropriação primitiva’ dos homens sobre o trabalho feminino, foi construída uma nova ordem patriarcal, reduzindo as mulheres a uma dupla dependência: de seus empregadores e dos homens. (Federici, 2017,p. 191).

A desvalorização histórica do trabalho de cuidado, entretanto, não se restringe a um problema de gênero. Como argumenta Tronto (2013), o cuidado não deve ser visto apenas como uma atividade afetiva ou privada, mas sim como um componente

estrutural e fundamental da vida social e política. Para Tronto (2013), a forma como o cuidado é organizado e distribuído nas sociedades reflete diretamente a qualidade das relações democráticas e o nível de justiça social. O cuidado, em sua visão, deve ser considerado uma prática política, uma ação que atravessa todas as esferas da vida social e é central para a construção de um modelo democrático solidário, no qual o bem-estar coletivo seja priorizado.

Tal discussão exige que o cuidado não seja concebido como ação meramente afetuosa, médica ou familiar, mas como uma prática estruturante da vida social. Isto é, como uma prática política. Para Tronto (2013), há uma relação intrínseca entre cuidado e democracia: o aprimoramento de um depende, necessariamente, do fortalecimento do outro. Assim, a qualidade das relações democráticas está diretamente ligada à forma como o cuidado é distribuído e valorizado socialmente.

Quando se afirma que o cuidado é uma prática política, não se trata de política no sentido partidário ou institucional, mas sim de reconhecer que ele envolve escolhas, responsabilidades e decisões coletivas. Quem cuida? Quem é cuidado? Em que condições? Com que apoio social e reconhecimento? Essas perguntas dizem respeito a relações de poder, justiça e organização social, por isso, são políticas.

Como exposto até este ponto, o cuidado, embora fundamental à manutenção da vida humana, é desigualmente distribuído nas sociedades contemporâneas, sobretudo sob o modelo neoliberal. Em contextos nos quais prevalece a lógica do individualismo competitivo, a responsabilidade pelo cuidado é deslocada para as famílias, particularmente para as mulheres, e desvinculada do campo da justiça social. Tronto (2013) não propõe uma condenação abstrata ao capitalismo, mas reconhece que, na forma como se apresenta atualmente, reforça a privatização do cuidado e aprofunda desigualdades de gênero, classe e raça.

É nesse ponto que o debate de Tronto (2013) e Federici (2017) converge: ambas revelam como o cuidado foi sendo politicamente empurrado para o espaço privado, desvalorizado enquanto trabalho e deslocado do campo das obrigações públicas. Tronto (2013) pontua ainda que há uma distinção entre trabalhos na lógica neoliberal ligada aos conceitos de dependência e independência, que são tratados não como dimensões relacionais da experiência humana, mas como marcadores morais que organizam quem é considerado cidadão pleno e quem permanece à margem dos direitos.

De acordo com Tronto (2013), a independência é comumente associada à participação na esfera pública produtiva, ou seja, ao sujeito autônomo, economicamente ativo, que não “depende” de outros para viver. Um indivíduo assim é tomado como o modelo da cidadania moderna: livre, racional, capaz de fazer escolhas no mercado e, por isso, visto como merecedor de direitos. Em contrapartida, a dependência é percebida como sinal de incapacidade, fraqueza ou incompetência. Quem depende, seja por idade, doença, deficiência, pobreza ou vulnerabilidade emocional, é empurrado para a esfera privada, muitas vezes com pouca ou nenhuma participação nos espaços de decisão sobre a vida coletiva.

Tal distinção opera como um filtro moral e político. O cuidado, quando associado à dependência, é desvalorizado, visto como assunto doméstico, pessoal e, portanto, fora do escopo da responsabilidade pública. A separação entre os mundos da produção e da reprodução é uma construção histórica que, como já discutido anteriormente com base em Federici (2017), está no cerne do projeto capitalista e patriarcal de organização do trabalho e da vida.

O problema, como aponta Tronto (2013), não está apenas na distinção entre as esferas, mas na forma como a separação sustenta uma ética antidemocrática da responsabilidade. A ideologia neoliberal, ao promover uma concepção de liberdade centrada na escolha individual e na autossuficiência, ignora a interdependência que constitui a vida humana. Ao fazer isso, instala-se o que a autora chama de *personal responsibility*: a responsabilização moral do indivíduo por todas as condições de sua existência, como se pobreza, adoecimento, velhice ou sofrimento fossem exclusivamente resultados de más escolhas pessoais, e não efeitos de contextos estruturais marcados por desigualdade.

A noção de responsabilidade pessoal desobriga o Estado e a coletividade de agirem em favor dos mais vulneráveis. Em vez de promover justiça social, a lógica neoliberal reforça a meritocracia como critério de valor e legitima políticas públicas excludentes, que tratam o cuidado como um privilégio, e não como um direito. Trata-se de uma ética que não reconhece a vulnerabilidade como condição comum a todos, mas a utiliza como justificativa para a exclusão e a marginalização de certos grupos.

Tronto (2013) propõe uma alternativa radical: uma política democrática do cuidado deve se preocupar com a alocação justa das responsabilidades. Em outras palavras, deve-se reconhecer que todos, em algum momento da vida, precisam

cuidar ou ser cuidados, e que essa dinâmica precisa ser sustentada coletivamente, não apenas no âmbito privado. A ética do cuidado que a autora defende exige que a sociedade reconheça sua interdependência e construa formas institucionais, jurídicas e culturais que não apenas toleram a dependência, mas a acolham como parte constitutiva da democracia.

Essa proposta tem implicações diretas para a discussão sobre a morte digna. Quando o cuidado é tratado como responsabilidade individual ou familiar, a possibilidade de exercer a autonomia no fim da vida torna-se um privilégio restrito a quem tem acesso a recursos e redes de apoio. O modelo neoliberal, ao valorizar apenas a produtividade e a autossuficiência, tende a deslegitimar o desejo de morrer com dignidade, uma vez que associa a vida digna à capacidade de consumir, produzir e decidir de forma independente.

No debate contemporâneo sobre o cuidado, Tronto (2013) propõe uma inflexão ética relevante: reconhecer que a liberdade não consiste na negação da dependência, e sim na construção de relações justas, nas quais a vulnerabilidade seja acolhida com respeito. Sob esse ponto de vista, o cuidado deixa de ser visto como oposição à autonomia para tornar-se sua expressão mais plena. É justamente na interdependência, e não na separação entre os considerados fortes e fracos, que se encontra a base para uma democracia inclusiva, também no que se refere ao modo como se morre.

Arantes (2016), ao abordar a morte a partir de uma perspectiva sensível e reflexiva, aproxima-se dessa concepção ao destacar a importância de cuidar da vida até o fim. Em sua obra, propõe uma ruptura com o tabu que costuma isolar o tema da morte, tratando-o como algo a ser evitado ou silenciado, frequentemente associado à derrota, ao fracasso ou à interrupção abrupta da existência. A autora convida a olhar para a finitude com mais naturalidade, como parte do ciclo da vida, e não como um acontecimento alheio à experiência humana. Para ela, o verdadeiro temor não deveria recair sobre a morte em si, mas sobre a possibilidade de chegar ao fim da existência sem ter realmente vivido: sem presença, sem vínculos significativos, sem escuta ou reconhecimento. A lucidez diante da morte, nesse horizonte, torna-se uma ferramenta para resgatar o protagonismo existencial, orientando escolhas mais conscientes, relações mais autênticas e formas mais sensíveis de ocupar o tempo.

Arantes (2016) aponta que quando a morte é compreendida como um processo que também exige cuidado (físico, emocional, espiritual e relacional), o fim da vida pode ser vivido de maneira digna, com amparo e respeito. Morrer em paz, assim, não se limita à ausência de sofrimento físico, embora isso seja parte importante, mas envolve também a possibilidade de se despedir com sentido, de fechar ciclos, de estar cercado por quem importa, de ter sua história acolhida e validada. Trata-se, portanto, de incluir o cuidado no campo do morrer como um direito e não apenas como um gesto eventual de compaixão. Isso exige reorganizar a maneira como se pensa a vida em sua totalidade, reconhecendo que o cuidado precisa atravessar todas as etapas da existência, inclusive aquelas em que a vulnerabilidade e a dependência se intensificam.

A proposta de Arantes (2016) amplia o olhar sobre o cuidado e desafia práticas sociais e médicas marcadas pela tecnocracia e pela negação do sofrimento como parte legítima da experiência humana. Sua reflexão convida à criação de uma cultura que se responsabilize pelo bem morrer, assim como se propõe a refletir sobre o Bem Viver, entendendo que uma existência com dignidade implica também um fim respeitoso, amoroso e consciente.

A valorização do cuidado ao longo da existência, inclusive no processo de morrer, revela uma afinidade entre as reflexões de Arantes (2016) e os princípios ético-políticos defendidos por Tronto (2013). Ambas colocam o cuidado como prática estruturante da vida em sociedade, não restrita ao espaço privado, mas profundamente conectada à forma como as relações humanas são organizadas. O reconhecimento da morte como etapa legítima da experiência humana convoca uma ética que sustente o viver e o morrer com dignidade, o que implica a presença afetiva e o apoio institucional, políticas públicas integradas e respeito à singularidade de cada trajetória.

Ainda que não utilizem diretamente o conceito de Bem Viver, ambas as autoras dialogam com valores que ressoam em filosofias ancestrais, como o *sumak kawsay* dos povos andinos. Nessas cosmologias, Viver Bem não se resume à produtividade ou à longevidade, mas à harmonia entre os seres, à reciprocidade nas relações e à conexão com os ciclos naturais. O cuidado, nesse horizonte, não se limita a uma prática funcional, constitui também um modo de estar no mundo.

Refletir sobre a morte digna, a partir dessas conexões, implica reconhecer o cuidado como direito coletivo, orientado por justiça social. Em contextos marcados

por desigualdades e pela negação sistemática da autonomia, garantir uma morte acompanhada, respeitosa e consentida é também assegurar o direito ao Bem Viver até o último instante. Nesse sentido, o cuidado deixa de ser apenas um gesto individual e se torna fundamento ético e político, capaz de reconfigurar a maneira como se organiza a vida, e, também, o morrer, em uma sociedade que se quer mais justa e verdadeiramente democrática.

### **1.3 A morte vista por diferentes perspectivas**

Segundo o antropólogo Rodrigues (2008), durante todo processo de mudança que a humanidade passou ao longo dos séculos, duas temáticas “permaneceram constantes, opostas, constituintes e complementares: os homens nascem e os homens morrem” (Rodrigues, 2008, p.17). Sendo assim, podemos considerar a morte uma experiência comum entre todos os seres humanos e, por isso, um tema fonte de inesgotável valor para pesquisas das mais diversas áreas de conhecimento, entre elas, o direito.

Rodrigues (2008) pontua ainda que o homem é o único com real consciência de que irá morrer, de que sua estadia na terra é efêmera, passageira e temporária. Os animais não estão cientes da transitividade da vida, eles têm instintos que permitem a autopreservação, avisando-os de seus predadores, de possíveis perigos, mas não apresentam uma preocupação consciente da morte em si. Para o filósofo Arthur Schopenhauer (1986), o tempo é outro fator que distingue a visão da morte entre os humanos e os animais:

Justamente por causa disso, os animais não sentem propriamente sequer a morte: eles só poderiam conhecê-la quando ela se apresenta; mas então, eles já deixaram de ser. Desse modo, a vida dos animais é um prolongado presente. Sem reflexão, eles vivem nele e nele sempre sucumbem inteiramente (Schopenhauer, 1986a, p. 83).

O filósofo propõe, então, uma distinção fundamental entre a consciência humana e a animal em relação à morte. Schopenhauer sugere que os animais, por não possuírem uma capacidade reflexiva sobre o tempo e a finitude, vivem inteiramente no presente. A ausência de uma antecipação da morte os exime do sofrimento associado à sua inevitabilidade, o que difere da condição humana

marcada pela angústia da finitude. Para os animais, a morte não é um conceito apreensível, uma vez que só podem "conhecê-la" quando já não estão mais conscientes, ou seja, quando deixam de existir.

Em confluência com esse pensamento, Morin (1970) — antropólogo, sociólogo e filósofo francês — baseado em observações e experimentos que realizou ao longo dos anos, relata que animais não possuem a capacidade de perceberem que seus semelhantes estão mortos e continuam a tratá-los como um organismo vivo por muito tempo: protegendo, defendendo e até mesmo acasalando. Discorre ainda que embora alguns casos sejam excepcionais e os animais pareçam demonstrar sentimentos, como os cães que adoecem e morrem depois de seus donos pela dor da perda, esses estão associados à domesticidade, característica herdada do convívio com os seres humanos.

É possível observar que a percepção da morte, ou a ausência dela, diferencia as apenas espécies e, fazendo uma interpretação mais ampla, diferencia também os diferentes povos. Enquanto os animais, conforme discutido por Morin (1970), permanecem imersos em um presente contínuo e não percebem a morte da mesma maneira que os humanos, a humanidade desenvolveu rituais e reflexões complexas em torno da certeza futura da morte. O filósofo Giacoia Júnior (2008) discorre que a relação com a morte e os mortos adquire uma dimensão simbólica que vai além da biologia, inscrevendo-se no domínio das tradições e da memória coletiva, logo, em um contexto sociohistórico. A partir disso, é possível inferir que os humanos constroem narrativas que atribuem significado ao morrer, o que influencia a maneira como se convive e como lidam com a perda.

Seguindo essa explicação, Giacoia Júnior (2005) dispõe que a maneira como uma sociedade se relaciona com a morte e com os mortos desempenha um papel fundamental na formação e manutenção de sua identidade coletiva. Essa reflexão contribui para a construção de uma tradição cultural compartilhada, uma vez que reflete e reforça valores, crenças e práticas que integram os indivíduos dentro de um grupo, servindo de base, inclusive, para o ordenamento jurídico.

A título de exemplificação, o autor supracitado examina diversas concepções de morte em diferentes culturas e destaca como cada sociedade constrói suas práticas e crenças a partir de sua relação com o fenômeno da morte. Destaca ainda que ao longo do tempo, a visão da morte em uma cultura evolui, mas permanece como um elemento central que molda tanto a memória coletiva quanto as narrativas

sobre continuidade e ruptura entre gerações, o que faz a identidade do grupo se manter coesa diante das transformações sociais e históricas.

Então, Giacoia Júnior (2005) enumera que em civilizações antigas, como o Egito e a Mesopotâmia, a morte era amplamente considerada uma transição espiritual. A vida após a morte era um tema central, com rituais funerários destinados a garantir uma passagem tranquila para o outro mundo. Os egípcios, por exemplo, desenvolveram ritos complexos, incluindo a mumificação para preparar os mortos para a vida eterna. Já na Grécia e Roma Antigas, viam a morte como parte de uma jornada espiritual, mas com nuances filosóficas. Na Grécia, os pensadores pré-socráticos refletiam sobre a mortalidade, enquanto o mito de Hades e o submundo dominavam o imaginário popular. Já em Roma, havia uma combinação de crenças em deuses e a prática de rituais fúnebres públicos, revelando um caráter comunitário.

Com a chegada do Cristianismo — processo que se intensifica a partir do século IV, com o Édito de Tessalônica (380 d.C.), que o torna religião oficial do Império Romano— a morte passou a ser vista como uma transição para a vida eterna ao lado de Deus, caso o indivíduo tivesse seguido os preceitos da fé. A crucificação de Cristo simboliza a morte como um caminho para a ressurreição e a salvação, influenciando fortemente a maneira como o Ocidente cristão lida com o luto e os ritos funerários. Giacoia Júnior (2008) também explora como as culturas indígenas mantêm uma relação mais íntima e espiritual com a morte. Os rituais nessas culturas, como os dos povos amazônicos, frequentemente enfatizam a conexão com os ancestrais e o papel dos mortos no equilíbrio cósmico e comunitário.

Na sociedade ocidental contemporânea, a morte frequentemente é medicalizada. Em contraste com as visões espirituais e ritualísticas das culturas anteriores, o processo de morrer passou a ser tratado como uma questão biomédica, distanciando-se de suas implicações sociais e religiosas. A morte em hospitais e sob cuidados médicos, com tecnologia envolvida, é um reflexo desse distanciamento, de acordo com o autor. Esta visão ocidental é particularmente interessante para a temática deste trabalho sobre eutanásia. Esse panorama demonstra a diversidade de abordagens sobre a morte ao longo da história, refletindo as diferentes formas como as culturas compreendem o fim da vida e seu impacto nas tradições e crenças coletivas.

A forma como uma sociedade compreende e organiza a morte está intrinsecamente ligada às suas concepções de vida, cuidado e Bem Viver. Em contextos onde o cuidado é valorizado como prática relacional, espiritual e coletiva (como ocorre em muitas comunidades tradicionais, espirituais ou indígenas), a morte tende a ser vista como parte do ciclo natural da existência, marcada por rituais, acolhimento e transcendência. Já em sociedades marcadas por racionalismos medicalizantes e por uma lógica de produção capitalista, o morrer é frequentemente deslocado para o campo técnico-científico, fragmentado e silenciado, reduzido a um evento biológico encerrado em ambientes hospitalares. Essa medicalização da morte, ao desconectá-la de seus significados comunitários, afetivos e existenciais, revela uma crise contemporânea no modo de lidar com o fim da vida — crise esta que se relaciona diretamente com a marginalização do cuidado e a ausência de um horizonte de Bem Viver na terminalidade.

Entre os países latino-americanos, a Colômbia se destaca por ter sido o primeiro a descriminalizar a eutanásia, ainda em 1997, por meio de decisão de sua Corte Constitucional, fato que a posiciona como referência na construção de políticas públicas voltadas ao direito à morte digna. Embora o presente trabalho não se proponha a um estudo comparativo, a experiência colombiana oferece elementos relevantes que podem respaldar juridicamente e eticamente uma possível regulamentação da eutanásia no Brasil. Compreender esse percurso implica adentrar brevemente no contexto jurídico e social colombiano, no qual a legalização da prática está intrinsecamente relacionada à defesa da autonomia, da dignidade e do cuidado como princípios orientadores. Em certa medida, é possível reconhecer nessa experiência a presença de valores que se aproximam da noção de Bem Viver, na medida em que colocam o sofrimento humano no centro das decisões éticas e propõem uma resposta estatal que respeita a subjetividade e os vínculos comunitários no fim da vida.

*A priori*, o caráter religioso é particularmente importante para a sociedade colombiana. De acordo com uma matéria divulgada pela CNN em espanhol<sup>5</sup>, no ano de 2017, a Colômbia tem 45,3 milhões de católicos, o que a coloca no 7º lugar na lista dos países com maior número de fiéis desta fé. Não se pode desconsiderar a influência que a igreja católica exerce na vida em sociedade de um país

---

<sup>5</sup> A matéria completa está disponível em:

<https://cnnespanol.cnn.com/2017/04/13/colombia-uno-de-los-paises-mas-catolicos-del-mundo>.

majoritariamente católico-cristão. Assim, faz-se necessário saber que de acordo com o Catecismo da Igreja Católica, baseado nos princípios da bíblia sagrada, “Toda vida humana, desde o momento da concepção até a morte, é sagrada, porque a pessoa humana foi querida por si mesma à imagem e à semelhança do Deus vivo e santo.” (Paulo II, João, 2000, p. 306).

A suprarreferida passagem ressalta a visão da Igreja Católica sobre a dignidade e sacralidade da vida humana ao destacar que ela possui um valor intrínseco, não por suas realizações ou características, mas simplesmente pelo fato de ser uma expressão da imagem divina. Tal crença reflete a ideia de que a vida é um dom sagrado e que cada pessoa é criada com um propósito e valor imensurável, portanto, o momento da morte só pode ser definido pelo Criador, não cabendo ao indivíduo dispor da própria vida<sup>6</sup>.

A cientista política e professora Grisales (2016) argumenta que na sociedade colombiana, marcada pela violência dos narcotraficantes, a morte é profundamente marcada pela dimensão cultural. Ela demonstra como os objetos, monumentos e outros elementos materiais desempenham um papel importante no processo de rememoração, funcionando como mediadores entre os vivos e os mortos. Eles permitem que a memória dos falecidos seja mantida viva, transformando o luto em um aspecto visível e tangível na vida cotidiana.

Sobre o universo cinematográfico, a especialista em história do cinema D'argenio (2015) pontua que filmes colombianos frequentemente abordam a morte de maneira realista e crua, refletindo as dificuldades e desafios que a sociedade enfrenta. Filmes como “La sombra del caminante” (A Sombra do Caminhante) exploram temas de violência e morte, destacando a complexidade das relações humanas e a busca por justiça em um contexto de conflito. Esses filmes, entretém e servem como uma forma de crítica social e reflexão sobre a realidade colombiana marcada pela violência, como já mencionado.

Já de acordo com a pesquisadora Vanzella (2018), a música colombiana também aborda a morte de maneira profunda e emocional. Canções como “La Tierra del Olvido” de Carlos Vives e “El Testamento” de Carlos Gardel são exemplos de como a morte é representada na música, muitas vezes como uma forma de expressar a dor, a saudade e a esperança de reencontro. A música serve como um meio de processar o luto e de celebrar a vida dos falecidos.

---

<sup>6</sup> O Senhor é o que tira a vida e a dá; faz descer à sepultura e faz tornar a subir dela" (1 Samuel: 6).

Esses valores sociais também são dosados na literatura e na cultura local, como exposto pelo autor Cionatto (2021):

Todos os contos de Gabriel García Márquez neste livro podem ser relacionados com a morte, e *La Tercera Resignación* é o primeiro deles. De abril de 2015 a maio de 2020, 94 procedimentos de eutanásia haviam sido praticados no país. A Colômbia, com a chamada morte digna, abriu espaço em um continente eminentemente católico e conservador. O Chile estaria próximo de se tornar o segundo país latino-americano a regulamentar a morte medicamente assistida, tendo aprovado na Câmara dos Deputados, nos primeiros meses de 2021, uma proposta de lei a respeito. Importante referir a judicialização do caso da chilena Cecilia Heyder para ter seu direito a morrer dignamente (Cionatto, 2021, p.214).

A relação entre os contos de Gabriel García Márquez e a temática da morte é enigmática e reflexiva, cada narrativa explorando diferentes aspectos da mortalidade e suas implicações na condição humana. Essa abordagem literária única convida os leitores a refletirem sobre sua própria existência e o inevitável fim da vida.

Países como Colômbia e Chile estão adentrando no debate sobre a eutanásia, desafiando valores tradicionais e religiosos ao reconhecerem o direito individual à morte digna. Essa mudança na percepção coletiva da morte como parte intrínseca da vida reflete uma evolução ética e moral na região, enfrentando dilemas profundos sobre autonomia pessoal e questões de vida e morte.

O autor ainda reflete sobre a história de Cecilia Heyder, uma chilena que buscou o direito à morte digna através de um caso judicial, ilustra os complexos dilemas éticos envolvidos na questão da eutanásia. A luta de indivíduos como Cecilia desafia as estruturas legais e sociais, destacando a importância de abordar questões existenciais com empatia e compreensão. Essas narrativas nos lembram da fragilidade da vida humana e a necessidade de repensar nossas atitudes em relação à morte e ao sofrimento.

O estudo de Dantas, Martins e Militão (2011) indica a importância de uma análise midiática, o que se preconiza diretamente com o contexto cultural. Para os autores, o cinema exerce diversas funções na educação médica, incluindo aspectos pedagógicos, interpretativos e experimentais, que são cruciais para a reflexão sobre questões bioéticas. Como uma ferramenta de ensino, ele facilita a interação entre professores e alunos ao se adequar à cultura contemporânea, ampliando a capacidade de experimentar situações não vivenciadas na realidade ou vivenciadas de forma protegida.

Tanto os filmes de ficção quanto os documentários proporcionam aos estudantes a transição do abstrato para uma representação mais concreta de conceitos teóricos. Os filmes ficcionais exploram desejos, medos e anseios, apresentando possibilidades que podem ser aceitas ou rejeitadas, enquanto os documentários retratam aspectos da realidade compartilhada, oferecendo insights a serem explorados e compreendidos. Dessa forma, o cinema promove a reflexão, a revisão de preconceitos e a redefinição de valores por meio de uma variedade de histórias e narrativas.

A percepção da morte na cultura colombiana vai além de um simples fim; ela é vista como uma transição repleta de significado cultural e social. Por meio de rituais e manifestações artísticas, a morte é tratada com uma profundidade que expressa tanto a perda quanto a continuidade da vida. Essa visão reflete as complexidades de uma sociedade que, historicamente, lida com desafios como a violência e a busca por justiça.

Seja na arte, na música ou na literatura, a morte é frequentemente retratada como um espaço de reflexão sobre a condição humana, a identidade coletiva e a memória. As práticas culturais, nesse sentido, não apenas preservam a história dos que foram, como também reforçam os laços comunitários, criando uma base de apoio emocional e espiritual para aqueles que enfrentam a perda.

Além disso, no campo médico, a abordagem cultural sobre a dignidade e o cuidado integral é evidente, promovendo um equilíbrio entre o avanço científico e o acolhimento humano no fim da vida. Esse mosaico de representações sobre a morte mostra como a cultura colombiana integra, de forma única, os aspectos emocionais, sociais e espirituais desse processo, que podem ajudar a compreender a legalização da eutanásia no país.

### **1.3.1 O contexto brasileiro**

A sanção da Lei nº 15.069/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados, marca um avanço substancial na ampliação dos direitos sociais no Brasil. Esse novo marco jurídico estabelece de forma clara e objetiva que todas as pessoas têm direito ao cuidado, compreendendo três dimensões fundamentais: o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado. Trata-se de uma inovação significativa, pois reconhece o

cuidado como dever do Estado e responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal, Municípios, famílias, setor privado e sociedade civil.

O impacto dessa lei no campo jurídico é profundo. Pela primeira vez, o cuidado é positivado como direito universal, o que impõe ao Estado o dever de elaborar um Plano Nacional de Cuidados com metas, recursos e indicadores claros. Trata-se de um desdobramento direto dos princípios constitucionais, especialmente o tratamento da saúde como direito social (art. 6º e art. 196, CF/88) e a dignidade da pessoa humana como fundamento da República.

Além disso, o texto legal define como público prioritário crianças, pessoas com deficiência, idosos e trabalhadores do cuidado, remunerados ou não, o que representa um forte compromisso com a equidade e o combate às desigualdades de gênero, raça e idade. O reconhecimento da figura do cuidador, tanto no âmbito familiar quanto profissional, separa claramente essa atividade do invisível doméstico e reconhece direitos trabalhistas, formação, condições dignas e segurança jurídica.

Para além do direito à saúde, o cuidado se articula de forma indissociável com o Bem Viver brasileiro, uma vez que o cuidado não se restringe ao suporte físico, mas insere-se numa teia de relações que implicam bem-estar, solidariedade e convivência. A política de cuidados representa um passo concreto na transposição de debates teóricos para a efetividade jurídica e institucional.

No campo da saúde pública, a política reforça práticas existentes no SUS, como a atenção primária, Estratégia Saúde da Família (ESF) e os centros de cuidado psicossocial, que já valorizam o cuidado comunitário e territorial. É também oferecido suporte legal à ampliação das redes de cuidado, como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (implantada desde 2017) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que promovem a interface entre saberes tradicionais e saúde intercultural .

No campo da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como uma das expressões mais relevantes de um modelo de cuidado que dialoga com os princípios do Bem Viver, sobretudo ao incorporar diretrizes como a integralidade, a equidade e a humanização no atendimento. Essas diretrizes se tornam particularmente visíveis na Atenção Primária à Saúde e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), espaços nos quais o cuidado é compreendido de forma ampliada, relacional e territorializada. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, rompe com o paradigma hospitalocêntrico ao priorizar vínculos contínuos

com as comunidades, fortalecendo a autonomia dos sujeitos e promovendo ações em saúde baseadas em vínculos, escuta e prevenção. Já os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) concretizam a lógica de cuidado centrado na pessoa e não na doença, acolhendo singularidades e valorizando os contextos culturais, familiares e comunitários.

Nos territórios indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) reafirmam essa aproximação entre o cuidado e o Bem Viver por meio de práticas de saúde intercultural. A atenção à saúde desses povos pressupõe o reconhecimento da legitimidade de seus saberes tradicionais, da medicina ancestral e das formas próprias de organização da vida, que não separam corpo, espírito e território. Nesse modelo, o cuidado é uma prática atravessada por dimensões espirituais, coletivas e ecológicas, que desafiam os padrões biomédicos hegemônicos e evidenciam a necessidade de uma escuta atenta e respeitosa à diversidade epistemológica. Assim, o SUS, ao menos em sua concepção original e normativa, já apresenta estruturas que incorporam elementos fundamentais para a construção de uma política de cuidado plural, democrática e orientada para o Bem Viver — ainda que, na prática, essas potencialidades estejam frequentemente limitadas por políticas austeras, subfinanciamento e disputas ideológicas que desvalorizam o caráter público e comunitário da saúde.

O respaldo jurídico internacional também fortalece a trajetória. A Convenção Interamericana sobre os Direitos das Pessoas Idosas (2015) expressamente consagra o direito aos cuidados paliativos como parte da dignidade ao envelhecer, e exige respeito à autonomia e manifestação de vontade livre e espontânea. No plano nacional, embora ainda precárias, as diretivas antecipadas de vontade representam instrumento inaugural de reconhecimento do protagonismo individual no final da vida — um avanço em consonância com o Bem Viver e o cuidado como prática política.

No entanto, as lacunas persistem. A falta de dotação orçamentária para a Política Nacional de Cuidados, as recém-regulamentações ainda em debate e a fragmentação institucional impõem desafios para sua efetividade. Além disso, permanece profunda a disparidade de gênero: mulheres, em especial negras e periféricas, respondem por quase todo trabalho de cuidado não remunerado, o que escancara a urgência de políticas que o redistribuam legitimamente.

A confluência entre cuidado e Bem Viver indica que o tempo dedicado ao cuidado, remunerado ou não, multiplica benefícios individuais e coletivos, pois

favorece o fortalecimento de vínculos intergeracionais, o fortalecimento comunitário, a saúde mental e a prevenção de agravos. Isso mostra que cuidar deve ser compreendido não como tarefa residual, mas como infraestrutura essencial para qualquer projeto de sociedade que se proponha a garantir vida digna, solidariedade e autonomia.

O direito à morte digna insere-se no *continuum* do cuidado, estendendo a atenção até o fim da existência. A institucionalização de políticas de cuidados, a valorização da diversidade cultural e a garantia da autonomia do sujeito nas decisões finais configuram, na prática, a consolidação de um modelo que une princípios do Bem Viver, do SUS e dos direitos humanos. O Brasil, assim, caminha para efetivar uma agenda em que o cuidado não ocorre apenas no cotidiano da vida, mas permeia também o momento de despedida, potencializando uma vida com sentido até seu último instante, coerente com uma democracia realmente inclusiva.

A articulação entre cuidado, Bem Viver e políticas públicas no Brasil revela a urgência de repensar os modos como a sociedade organiza a vida coletiva, reconhecendo a interdependência como fundamento da justiça e da dignidade. Nesse horizonte ético e político, torna-se inevitável abordar o direito de morrer com respeito, autonomia e presença. A morte, longe de ser apenas um evento biológico, é também uma experiência relacional e social, que demanda cuidado até o fim. Assim, refletir sobre práticas como a eutanásia não significa apenas discutir procedimentos médicos, mas aprofundar o debate sobre liberdade, sofrimento, escolha e sentido. A partir das perspectivas discutidas até aqui, o próximo capítulo se debruça sobre a eutanásia como tema jurídico e bioético, examinando seus desdobramentos na busca por uma morte digna em um contexto onde o cuidado e o Bem Viver são compreendidos como valores estruturantes da existência.

## **2 A EUTANÁSIA E SEUS PARADOXOS**

O debate contemporâneo sobre a eutanásia está permeado por tensões éticas, jurídicas e culturais que desafiam os paradigmas estabelecidos sobre o cuidado, a autonomia individual e o valor da vida humana. Longe de constituir uma problemática unívoca, a eutanásia inscreve-se em um campo de ambivalências que contrapõem, de um lado, a proteção incondicional da vida e, de outro, o reconhecimento do direito de morrer com dignidade; de um lado, a busca pela eliminação do sofrimento e, de outro, os limites normativos impostos pela legalidade vigente; de um lado, os avanços tecnológicos da medicina e, de outro, os limites éticos de sua intervenção sobre os corpos. Essa complexidade exige uma abordagem que transcenda os enquadramentos meramente normativos ou morais, abrindo-se à escuta das subjetividades envolvidas e ao reconhecimento da pluralidade de modos de compreender e vivenciar o processo de morrer.

Este capítulo tem por objetivo examinar a eutanásia como categoria analítica capaz de iluminar esses paradoxos, articulando uma perspectiva crítica e interdisciplinar que integra fundamentos bioéticos, jurídicos e sociais. Para tanto, apresenta-se, inicialmente, uma visão panorâmica sobre a eutanásia, com destaque para seus conceitos, classificações e fundamentos históricos e filosóficos. Em seguida, abordam-se os principais dilemas enfrentados por pacientes, familiares, profissionais de saúde e legisladores, tendo em vista as múltiplas racionalidades que atravessam o tema, desde os discursos religiosos até os marcos do biopoder. Ao final, busca-se demonstrar que o problema da eutanásia não se reduz à questão de sua legalização ou proibição, mas envolve concepções profundas sobre o sentido da vida, da dor, do cuidado e da liberdade, convocando o Direito e a Bioética a revisitarem suas bases em diálogo com as experiências humanas concretas.

### **2.1 Visão geral sobre eutanásia**

Do ponto de vista conceitual, a eutanásia pode ser definida como o ato, direto ou indireto, de abreviar a vida de um paciente incurável, com o intuito de aliviar sofrimentos considerados intoleráveis. A prática envolve questões bioéticas centrais, como a oposição entre o respeito à autonomia e a defesa da inviolabilidade da vida

humana. Ambas as vertentes sustentam valores legítimos, mas contrapostos, exigindo análise que vá além do dogmatismo normativo.

A controvérsia em torno da eutanásia também alcança a esfera das políticas públicas. O envelhecimento demográfico e a incidência crescente de doenças crônicas impõem aos sistemas de saúde desafios estruturais e éticos. A alocação de recursos, o acesso aos cuidados paliativos e a equidade nos tratamentos de fim de vida tornam-se temas indissociáveis do debate sobre a legalidade da eutanásia. Além das implicações jurídicas, observa-se impacto direto na distribuição dos meios de assistência e nos princípios de justiça distributiva.

No cotidiano hospitalar, médicos e profissionais de saúde deparam-se com dilemas que extrapolam a técnica e demandam discernimento ético refinado. O atendimento a pacientes terminais requer equilíbrio entre a mitigação do sofrimento e o respeito às normas vigentes. A ausência de diretrizes claras sobre a eutanásia gera insegurança jurídica e sobrecarga emocional, evidenciando a necessidade de formação específica em bioética, cuidados paliativos e direito à morte digna.

No debate bioético sobre a eutanásia, emerge uma tensão estrutural entre dois princípios que, embora legítimos, frequentemente colidem em contextos de terminalidade: o respeito à autonomia individual e a sacralidade da vida humana. A autonomia, enquanto expressão da liberdade moral, implica o direito do sujeito de dispor sobre o próprio corpo e decidir, de forma consciente e informada, os limites da própria existência. Nesse horizonte, a decisão de morrer, quando pautada pela lucidez e motivada por sofrimento intolerável, não constitui renúncia à vida, mas afirmação da dignidade.

Em contrapartida, a noção de sacralidade da vida repousa sobre fundamentos filosóficos e religiosos que conferem à existência humana um valor absoluto e indisponível, independentemente das condições de saúde, consciência ou sofrimento. Sob essa perspectiva, a vida não pertence ao indivíduo, mas é um bem maior, cuja preservação se impõe até o seu desfecho natural. Trata-se de uma concepção profundamente enraizada em tradições judaico-cristãs, que influenciam a bioética médica e a normatividade penal de países como o Brasil.

Essa contraposição entre liberdade e inviolabilidade não se resolve por simples escolha de um dos polos. Ela exige ponderação constitucional e bioética, capaz de reconhecer que a dignidade não reside apenas na vida em si, mas nas condições pelas quais essa vida se realiza. Kant (2003) já alertava que o valor da

existência está ligado à racionalidade e à autodeterminação. Beauchamp e Childress (2019), na ética princípalista, consagram a autonomia como um dos pilares da ética biomédica, ao lado da beneficência e da não maleficência — esta última frequentemente invocada para questionar a eutanásia.

Ocorre, porém, que prolongar a vida contra a vontade lúcida do paciente pode converter a defesa da sacralidade em violência normativa. Preservar biologicamente um corpo em sofrimento terminal, sem possibilidade de reversão ou melhora, desvirtua a noção de cuidado e esvazia o sentido da proteção jurídica. Nesses casos, o princípio da autonomia adquire primazia não por desprezo à vida, mas por respeito à dignidade vivida e não apenas mantida.

A compreensão da morte como parte natural da vida exige ruptura com uma cultura que ainda a percebe como tabu. Valorizar o direito à morte digna significa reconhecer a autonomia do sujeito até o fim de sua existência. Essa compreensão humanizada não se limita a aspectos técnicos, mas envolve acolhimento, escuta ativa e respeito à singularidade da trajetória de cada paciente. A terminalidade não pode ser tratada como fracasso terapêutico, mas como fase legítima do viver.

A despeito da relevância de tais reflexões, a eutanásia ainda enfrenta entraves conceituais e legais. Não há consenso sobre o momento exato em que a morte ocorre de forma inequívoca, o que repercute diretamente na caracterização penal do ato de abreviar a vida. No ordenamento jurídico brasileiro, mesmo com consentimento explícito da vítima, a prática configura homicídio. Essa imprecisão conceitual compromete o tratamento de temas correlatos, como a doação de órgãos e a definição de morte encefálica.

A escolha pela antecipação da morte, quando lastreada em sofrimento terminal, suscita indagações profundas sobre os limites da autonomia e do papel do Estado. A decisão de renunciar à vida, embora dramática, pode constituir ato de afirmação da dignidade. Trata-se, nesse cenário, não de renúncia ao valor da existência, mas de resistência ao padecimento desprovido de sentido. A liberdade de morrer, em tais termos, não se confunde com desespero, mas com lucidez e autodeterminação.

Fachini (2013) distingue com precisão a eutanásia voluntária, que ocorre mediante solicitação expressa do paciente consciente e lúcido. Jurisdições como a da Holanda conferem respaldo legal à prática, sob critérios rigorosos e monitoramento institucional. A conduta médica, nesse contexto, deixa de ser um

atentado à vida para se tornar exercício de cuidado ético, voltado à escuta e à interrupção da dor insuportável.

Uma das justificativas mais robustas em favor da eutanásia voluntária repousa sobre a noção de alívio. O sofrimento físico, aliado à degradação emocional e à exaustão dos familiares, transforma o processo de morrer em um cenário de violência afetiva e existencial. Cuidadores e entes próximos experimentam o luto antecipado e, não raro, a impotência diante do declínio irreversível do ente querido.

Sob a ótica utilitarista, a eutanásia pode ser compreendida como medida que contempla não apenas o bem-estar do paciente, mas também o de sua rede afetiva. A economia de sofrimento, nesses termos, adquire valor moral e jurídico. A escolha de morrer não elimina o valor da vida, mas redefine seus contornos a partir da intolerabilidade da dor.

Compreender a eutanásia como um direito à saúde amplia o debate para além da esfera penal. A morte digna passa a ser concebida como extensão da proteção estatal à integridade do sujeito. Viver com dignidade implica, nos contextos terminais, a possibilidade concreta de partir com amparo, liberdade e respeito.

No pensamento kantiano, a dignidade é atributo que não se sujeita à mensuração. Nada pode substituir o valor moral de uma vida consciente. Rabenhorst (2001), ao reafirmar essa perspectiva, ressalta que a dignidade é intrínseca, inalienável e absoluta. Desse modo, o prolongamento da vida contra a vontade do paciente fere a própria noção de humanidade e anula a integridade moral que fundamenta a dignidade.

Logo, compreende-se que, assim como ocorre nas ciências de modo geral, áreas como a medicina e o direito também evoluem teórica e conceitualmente. Esse movimento é evidente ao se observar a evolução das sociedades e as novas tecnologias que surgiram. Desde as primeiras civilizações até a contemporaneidade, ocorreram avanços significativos em várias ciências e epistemologias, direcionando para uma compreensão dinâmica dos fenômenos culturais.

Enquanto no Brasil a eutanásia é uma prática implicitamente proibida, existem outros países que ao longo do tempo e a partir de vários debates legalizaram essa prática. Dourado (2020) cita como exemplo a Holanda, o Canadá, a Bélgica, os EUA, a Colômbia, o Uruguai e Luxemburgo, enquanto países que permitem a eutanásia e/ou o suicídio assistido.

A Holanda foi o primeiro país do mundo a legalizar a eutanásia. A legislação correspondente é a Lei de Rescisão da Vida a Pedido e Suicídio Assistido (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act<sup>7</sup>), aprovada em 10 de abril de 2001 e em vigor desde 1º de abril de 2002. Essa lei alterou os artigos 293 e 294 do Código Penal holandês, regulamentando tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido realizados por médicos sob condições estritas, como o sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora do paciente, além de requerer consentimento voluntário e informado (Goldin, 2010).

No Canadá, a eutanásia foi legalizada após decisão da Suprema Corte em fevereiro de 2015, que considerou ilegal a proibição da morte assistida, permitindo que médicos ajudassem pacientes com condições incuráveis a morrerem. A prática tornou-se legal em junho de 2016, com a aprovação da legislação conhecida como Medical Assistance in Dying<sup>8</sup> (MAID). Desde então, a lei foi ampliada, incluindo em 2021 a possibilidade de eutanásia para pacientes cujas mortes não são razoavelmente previsíveis, e há planos para incluir pessoas com doenças mentais, embora essa ampliação tenha sido adiada recentemente para garantir salvaguardas adequadas.

A eutanásia é legal na Bélgica desde 2002, regulamentada pela Lei de 28 de maio de 2002 relativa à eutanásia<sup>9</sup> (Loi relative à l'euthanasie), que permite a morte assistida para pacientes em sofrimento físico ou psíquico insuportável devido a doença grave e incurável, desde que o pedido seja voluntário, ponderado e repetido, e com o consentimento de pelo menos dois médicos, um deles especialista na doença do paciente. Em 2014, a Bélgica ampliou essa lei para permitir a eutanásia para menores de idade sem limite mínimo de idade, desde que cumpridos critérios rigorosos como o pedido por escrito, consentimento dos pais e avaliação médica multidisciplinar (Silva e Nunes, 2015).

No contexto dos Estados Unidos da América, a eutanásia é proibida, mas o suicídio assistido é legal em alguns estados, como Oregon (1997, Death with Dignity Act), Washington, Vermont, Califórnia, entre outros. A lei permite que adultos com

---

<sup>7</sup> HOLANDA. Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2001. Lei nº 294, alterando os artigos 293 e 294 do Código Penal. Entrada em vigor em 1º de abril de 2002.

<sup>8</sup> CANADÁ. Medical Assistance in Dying Act, 2016. Lei federal que legaliza a assistência médica para morrer. Implementada em junho de 2016.

<sup>9</sup> BÉLGICA. Loi relative à l'euthanasie, 28 maio 2002. Alterada em 2014 para inclusão de menores de idade.

doença terminal e expectativa de vida inferior a seis meses obtenham medicação letal para autoadministração (Castro *et. al*, 2016).

Enquanto no Paraguai, a eutanásia não é legalizada explicitamente, mas o país possui leis avançadas sobre cuidados paliativos e direito à recusa de tratamentos. A legislação sobre morte assistida é limitada e controversa, sem uma lei específica que permita a eutanásia ou suicídio assistido (García, 2020). Luxemburgo legalizou a eutanásia e o suicídio assistido em 2009, com a Lei de 16 de março de 2009, que regula a prática para pacientes em sofrimento insuportável devido a doença grave e incurável, com consentimento informado e critérios rigorosos (Dierickx, 2011).

A Colômbia é uma república democrática, participativa e pluralista, conforme definido na Constituição Política de 1991. Esse modelo de governo é caracterizado por uma separação dos poderes em três principais esferas: Executivo, Legislativo e Judiciário, cada uma com funções e responsabilidades específicas. Para uma melhor contextualização, a responsabilidade de cada poder será explicada nos parágrafos que seguem, baseados na Constituição Política já mencionada.

O Poder Executivo é exercido pelo Presidente da República, que atua como chefe de Estado e chefe de governo e conforme o artigo 188 da constituição colombiana “El Presidente de la República simboliza la unidad nacional y al jurar el cumplimiento de la Constitución y de las leyes, se obliga a garantizar los derechos y libertades de todos los colombianos” (Constitución de Colombia, 1991). O presidente é eleito por voto popular para um mandato de quatro anos, com a possibilidade de uma única reeleição, uma regra que foi alterada algumas vezes nas últimas décadas. Além do presidente, o vice-presidente e os ministros formam o gabinete executivo que auxilia na gestão do país.

O Poder Legislativo da Colômbia é bicameral, composto pelo Senado e pela Câmara dos Representantes. O Congresso é responsável por elaborar leis, fiscalizar o governo e aprovar orçamentos. O Senado é formado por 108 senadores, dos quais 100 são eleitos em uma circunscrição nacional — como disposto no Artículo 171 da Constitución de Colombia, de 1991 “El Senado de la República estará integrado por cien miembros elegidos en circunscripción nacional (...)” — e os outros oito são reservados para representantes de minorias étnicas e comunidades. A Câmara dos Representantes possui 188 membros, eleitos por circunscrição departamental (cada departamento do país elege representantes de acordo com sua população).

O Poder Judiciário é independente e se organiza em várias cortes, sendo as mais importantes a Corte Constitucional, a Corte Suprema de Justiça e o Conselho de Estado. A Corte Constitucional tem a função de garantir o cumprimento da Constituição, enquanto a Corte Suprema de Justiça é a instância máxima para assuntos penais e civis. O Conselho de Estado, por sua vez, atua como o tribunal superior para questões administrativas. O artigo 228 da Constituição Política da Colômbia de 1991, dispõe que:

Artículo 228. La Administración de Justicia es función pública. Sus decisiones son independientes. Las actuaciones serán públicas y permanentes con las excepciones que establezca la ley y en ellas prevalecerá el derecho sustancial. Los términos procesales se observarán con diligencia y su incumplimiento será sancionado. Su funcionamiento será desconcentrado y autónomo (Constitución de Colombia, 1991).

Galvis (2009) enfatiza que a independência das decisões, na publicidade dos processos, na observância dos prazos e na autonomia do funcionamento judicial foram pensadas para assegurar que o sistema de justiça pudesse atuar como um verdadeiro guardião dos direitos e garantias constitucionais. Isso contribuiria para fortalecer a confiança dos cidadãos no sistema de justiça e na proteção de seus direitos fundamentais. Entretanto, cabe ressaltar que embora o texto constitucional garanta a autonomia e a independência judicial, a realidade muitas vezes apresenta obstáculos à plena concretização desses princípios.

A Constituição de 1991 consagrou a independência do Judiciário como um pilar essencial do Estado de direito colombiano, criando a Corte Constitucional para proteger os direitos fundamentais e garantir que a Constituição fosse respeitada por todos os poderes do Estado. No entanto, a prática tem mostrado que essa independência enfrenta desafios, especialmente quando se trata de pressões políticas e sociais. O Judiciário colombiano, incluindo a Corte Suprema e a Corte Constitucional, já enfrentou tentativas de interferência por parte de outros poderes, principalmente do Poder Executivo, conforme o advogado e especialista em direito constitucional Revelo-Rebolledo (2008).

Em suma, a Constituição da Colômbia, promulgada em 1991, é a base do ordenamento jurídico do país e um marco importante para a democracia colombiana. Ela substituiu a antiga Constituição de 1886, com o objetivo de ampliar a proteção

dos direitos humanos e garantir uma maior participação cidadã, o legislou sobre autonomia individual e até que ponto cabe a intervenção do Estado.

A breve contextualização sobre a organização da Colômbia é necessária para se entender como funciona o ordenamento jurídico que irá discorrer sobre a eutanásia. Vale ressaltar que o termo “morte digna” está profundamente enraizado em discussões filosóficas, jurídicas e bioéticas quanto ao seu significado. Dadalto (2019, p. 2) pontua que

Um olhar para o passado nos mostra que a expressão *morte digna* era usada para legitimar muitos homicídios eugênicos no nazismo. Na contemporaneidade, organizações que defendem a eutanásia e o suicídio assistido usam o direito à morte digna como justificativa para sua causa. Em posição oposta, defensores dos cuidados paliativos apontam ser essa abordagem a única capaz de propiciar a morte digna ao paciente em terminalidade da vida, posição referendada, inclusive, pela Igreja Católica.

Neste trabalho, o termo será utilizado para referir-se ao direito de um indivíduo de morrer sem sofrer, com respeito à sua autonomia e às suas crenças pessoais sobre o final da vida. Esse conceito está relacionado à ideia de que os pacientes em condições terminais ou de sofrimento intolerável podem escolher encerrar sua vida de forma digna, sem prolongamento artificial de seu sofrimento.

Conforme os autores Villela *et al.* (2021) discorrem, na Colômbia, é primordial reconhecer a vida como um direito, não como uma obrigação inquestionável imposta ao indivíduo a todo custo. A dignidade da pessoa humana é um princípio que deve nortear todas as decisões políticas do Estado, em consonância com os ensinamentos de Kant, que enfatizava o respeito e a consideração devido ao ser humano como um fim em si mesmo.

O processo para a realização da eutanásia na Colômbia é minucioso e compreende várias etapas. Inicialmente, o paciente deve ser diagnosticado como terminal por um médico. Em seguida, tanto o profissional de saúde quanto o paciente avaliam o grau de sofrimento e sua evolução, com prioridade dada à percepção do próprio paciente. É essencial que não exista nenhuma alternativa viável de tratamento, e o paciente precisa reafirmar sua vontade, sendo essa avaliada por um psiquiatra. Por fim, o requerimento é submetido à análise do Comitê Científico Interdisciplinar para o Direito a Morrer com Dignidade, sem contato direto com o paciente ou seu médico, e fundamenta-se na história clínica, nos documentos do paciente e nos exames realizados.

Para que a eutanásia seja possível, o Estado colombiano segue uma avaliação criteriosa em relação aos cidadãos que manifestem à vontade em realizar o procedimento de morte humanizada. Esse processo envolve toda uma rede de apoio organizacional, a fim de garantir que a escolha seja informada, e que sejam consideradas outras alternativas para assegurar que o indivíduo esteja consciente das consequências de sua decisão.

É relevante notar também que a Colômbia é um dos poucos países que permite a eutanásia em crianças e adolescentes. O procedimento pode ser realizado em crianças a partir dos 6 anos de idade, embora apenas em circunstâncias excepcionais entre os 6 e os 12 anos. Dos 12 aos 14 anos, prevalece a autonomia do menor, mas é obrigatório o consentimento dos pais. A partir dos 14 anos, apenas a manifestação de vontade do adolescente é necessária (Villela *et al.*, 2021).

Na Colômbia, não há uma legislação específica que regule a prática da eutanásia, mas sim decisões proferidas pela Corte Constitucional. Uma dessas decisões notáveis foi a C-239 de 1997, que alterou a interpretação do Código Penal vigente na época, isentando de responsabilidade penal os médicos que realizassem a eutanásia, desde que seguissem os critérios estabelecidos. Além disso, a Corte exortou o legislativo a criar uma lei para regular a prática, o que não foi feito, resultando na emissão de portarias pelo Ministério da Saúde para cumprir as determinações (Macêdo e Cioatto, 2023).

Em 2015, a Resolução nº 1216 foi promulgada, regulamentando a prática da eutanásia, em concordância com a sentença T-970 de 2014, e embasada na interpretação estabelecida na sentença C-239 de 1997, que reconhecia o direito à morte digna como parte integrante do direito fundamental de viver com dignidade.

Posteriormente, em 2017, a Corte Constitucional Colombiana emitiu uma nova decisão, discutindo a viabilidade de permitir que um adolescente de 13 anos passasse pela eutanásia, conforme abordado na sentença T-544/17 (Aubert, 2021). O adolescente, identificado sob o pseudônimo Francisco para proteger sua identidade, sofria de paralisia cerebral grave desde o nascimento e enfrentava diversas complicações de saúde, como epilepsia de difícil controle e escoliose severa.

A autora Aubert (2021) narra que no dia 18 de novembro de 2016, os pais de Francisco, denominados como Irene e Alfredo nos registros da Corte, entraram com uma ação buscando autorização para que seu filho pudesse falecer com dignidade.

Similarmente a um caso anterior decidido pela sentença T-970 de 2014, Francisco veio a falecer durante o curso do processo judicial.

No entanto, a Corte considerou que esse fato não a impediria de tomar uma decisão e ordenou ao Ministério da Saúde e Proteção Social que, dentro de um prazo de quatro meses, adotasse todas as medidas necessárias para garantir que os serviços de saúde estivessem preparados com comitês interdisciplinares, contando com especialistas em crianças e adolescentes nas áreas de medicina, direito e psicologia, visando estender esse direito a pacientes menores de idade. Além disso, renovou o apelo ao Congresso Nacional para que elaborasse uma legislação sobre o direito de morrer com dignidade no prazo de dois anos. Por meio da resolução 825 de 2018, o Ministério da Saúde e Proteção Social cumpriu a determinação da Corte, fazendo da Colômbia o terceiro país no mundo, depois da Holanda e da Bélgica, a garantir autonomia para crianças e adolescentes no processo de eutanásia.

A decisão da Corte Constitucional colombiana, especialmente ao considerar os pedidos de eutanásia feitos por crianças e adolescentes em sofrimento extremo, revela um entendimento sensível e profundamente humano do que significa cuidar. Nesse contexto, o cuidado ultrapassa o aspecto clínico e passa a ser compreendido como um compromisso ético com a escuta, o afeto e o respeito à dignidade daquele que sofre. Trata-se de reconhecer que viver com dignidade também inclui o direito de não prolongar a dor de forma desnecessária, sobretudo quando a condição de vida já se encontra atravessada pela irreversibilidade e pela ausência de qualidade.

A aproximação dessa perspectiva com a noção de Bem Viver se manifesta justamente na valorização da autonomia, do diálogo entre familiares, profissionais e pacientes, e no reconhecimento da morte como parte da vida. O Bem Viver, nesse sentido, não nega a morte, mas a integra como experiência relacional e coletiva, em que o cuidado continua presente até o último instante. A prática da eutanásia, quando compreendida sob esse olhar, deixa de ser um tabu e passa a ser vista como expressão de um cuidado radical, que acolhe, respeita e liberta.

Os autores Macêdo e Cioatto (2023) narram que o primeiro caso de eutanásia na Colômbia ocorreu em 2015, seguindo os requisitos estabelecidos, como a condição de doença terminal do paciente. No entanto, a Corte ampliou sua interpretação para permitir a eutanásia em casos de dor insuportável que não condizem com a dignidade humana. A justificativa principal da Corte é que a

eutanásia permite que as pessoas enfrentem a morte de maneira mais digna, especialmente quando confrontadas com uma doença grave e incurável.

A primeira paciente não terminal a buscar a eutanásia na Colômbia foi Marta Sepúlveda, em 2022, sofrendo de esclerose lateral amiotrófica. A solicitação para a descriminalização do suicídio assistido partiu de Camila Jaramillo Salazar e Lucas Correa Montoya, integrantes do Desclab, um laboratório dedicado aos Direitos Médicos, Sociais e Culturais. O procedimento de eutanásia foi suspenso no último momento por uma comissão médica, que acreditava em chances significativas de sobrevivência. Marta, posteriormente, contestou essa decisão e optou pela eutanásia (Gorisch *et al.*, 2023).

Em resposta direta a essa situação, o Desclab iniciou uma ação buscando não apenas a legalização da eutanásia, mas também a permissão para que pacientes recorram ao suicídio medicamente assistido como uma opção para uma morte digna. Eles esclareceram que não defendem que qualquer pessoa possa recorrer ao suicídio assistido em qualquer situação, mas sim que médicos que prestam assistência para encerrar a vida de alguém, sob certas condições, não sejam criminalizados.

O Desclab enfatizou a diferença crucial de papéis entre a eutanásia, onde o médico é o responsável pela morte do paciente, e o suicídio medicamente assistido, onde o médico apenas auxilia o paciente no ato final. Essa distinção foi considerada essencial pela organização. De acordo com dados do Ministério da Saúde colombiano, entre abril de 2015 e 15 de outubro de 2021, 178 procedimentos de eutanásia foram realizados no país (Gorisch *et al.*, 2023).

Dessa forma, na Colômbia, o direito fundamental de viver com dignidade está diretamente relacionado ao direito de morrer com dignidade, reconhecendo a autonomia do indivíduo em decidir como deseja encerrar sua vida, em conformidade com seus princípios e valores pessoais. Em suma, para os autores, o cinema desempenha um papel fundamental como "educador dos sentimentos", permitindo que alunos e educadores fortaleçam valores humanistas essenciais tanto para suas vidas pessoais quanto profissionais, especialmente no cuidado com os futuros pacientes

Como visto, a reflexão sobre os estágios da vida humana transcende as fronteiras das ciências sociais, existenciais e culturais, adentrando um território fértil de indagações sobre a própria essência da existência. Dentro desse panorama

complexo, a eutanásia emerge como um tema de considerável importância, especialmente na Colômbia, onde as discussões sobre o direito à morte digna ganham contornos particulares, enraizados em princípios que afirmam a vida como um direito fundamental, intrinsecamente vinculado à dignidade humana.

Na Colômbia, país onde a perspectiva kantiana encontra eco nos debates sobre direitos e ética, a eutanásia é abordada com um rigoroso protocolo que busca garantir a integridade da escolha do paciente e a compreensão plena das implicações do procedimento. Esse protocolo envolve avaliação médica, reafirmação da vontade do paciente e análise por um comitê interdisciplinar, representando não apenas uma garantia legal, mas também um compromisso ético com a autonomia e a dignidade do indivíduo.

No entanto, além das considerações legais e médicas, a discussão sobre a eutanásia suscita questões profundas sobre a natureza da vida e da morte, os limites da intervenção humana na esfera da existência e o significado último da condição humana. A história da eutanásia na Colômbia, assim como em outras partes do mundo, reflete não apenas mudanças normativas e técnicas, mas também uma busca incessante por respostas diante da finitude e do sofrimento humanos.

Portanto, a análise da eutanásia na Colômbia e em outras sociedades vai além de uma abordagem puramente jurídica ou ética. É uma convocação a mergulhar nas profundezas da experiência humana, confrontando-nos com dilemas existenciais e filosóficos que desafiam nossas concepções sobre vida, morte e o propósito último da existência.

Cabe destacar que, apesar de permitirem a eutanásia ou o suicídio assistido, cada país possui uma regulamentação própria para essa questão. Dourado (2020, p. 276. Grifo nosso) ainda exemplifica

Destaca-se que o **Uruguai** é o pioneiro na tolerância dessa prática, pois, desde o ano de 1934, o Código Penal do país autoriza o juiz a isentar a pena da pessoa que tenha cometido o *homicídio piedoso*, mas isso somente ocorrerá depois de analisar cada caso concreto. A **Holanda**, porém, foi o primeiro país a legalizar e regulamentar a eutanásia no ano de 2001 e isso só ocorreu após longos anos de discussões, uma vez que estas foram levantadas após o caso Postma<sup>2</sup>, em 1973. A **Bélgica**, porém, foi além, pois em 2014 autorizou a eutanásia em pacientes de qualquer idade desde que tenham o mínimo de discernimento.

Gonçalves (2017) pontua que existem formas relativamente padronizadas de aferir a existência de uma distinção moral entre “matar” e “deixar morrer”. Para ela são: justificações religiosas e filosóficas; intencionalidade; atuação vs omissão; causalidade; autonomia da vontade; interrupção/suspensão de tratamentos vs não iniciação de tratamentos; tratamentos ordinários vs tratamentos extraordinários/desproporcionais.

Nesse contexto, destaca-se a questão da eutanásia, que é o foco deste capítulo e será discutida, caracterizada e explicitada. De forma resumida, serão abordados a definição e os tipos da eutanásia, serão apresentados ainda as principais discussões teóricas e os entraves conceituais associados a esse tema. Para compreender o que atualmente se entende por eutanásia, este capítulo também traça um percurso breve do entendimento desse conceito, passando, por exemplo, pela Grécia Antiga, pelo Renascimento e pelas civilizações celtas e indianas, entre outras.

A metodologia de pesquisa deste capítulo baseia-se em estudos bibliográficos e documentais. Inicialmente, são realizados levantamentos para contextualizar o tema, seguidos de análises mais aprofundadas para expandir as discussões. Diante do exposto, a base do referencial teórico consiste na leitura, sistematização e reflexão fundamentadas em dissertações e obras de referência sobre o objeto de estudo da presente pesquisa.

## **2.2 A Eutanásia como categoria analítica**

A eutanásia emergiu como um tema de grande importância nas discussões contemporâneas em diversas culturas, especialmente a partir da segunda metade do século XX, com a ascensão da bioética. Essa disciplina, mais detalhadamente apresentada no final deste capítulo, investiga a moralidade das ações humanas que podem provocar mudanças profundas e irreversíveis nos sistemas vivos.

Tomando como base o contexto histórico, Horta (1999) observa que em algumas culturas desde muito tempo atrás havia médicos cuja função incluía abreviar a morte. Consoante a esse argumento, Goldim (2000) pontua que a prática da eutanásia ocorre desde que o ser humano passou a viver em sociedade e foi adaptada de acordo com a cultura, os costumes e a estrutura social de cada

comunidade. Já Fachini (2013) traz os celtas como exemplo, para esse povo era comum que filhos matassem seus pais em casos de doença ou idade avançada. Outro exemplo citado é o da sociedade indiana, em que pessoas acometidas por doenças incuráveis eram levadas ao rio Ganges, onde tinham boca e nariz obstruídos com barro até a morte.

Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira<sup>10</sup> destacam que, na Idade Média, guerreiros feridos recebiam um “punhal afiadíssimo, denominado misericórdia, que lhes servia para evitar o sofrimento prolongado da morte e para que não caíssem nas mãos do inimigo”. Além disso, o famoso gesto do “polegar para baixo” dos cézares era uma permissão para a eutanásia e permitia aos gladiadores uma alternativa para escapar da morte desonrosa e evitar o sofrimento antagônico.

É possível citar grandes pensadores como Platão, Sócrates e Epicuro, que defendiam a ideia de que o suicídio podia ser justificado em casos de sofrimento decorrente de doenças dolorosas. Estes discutiram a legitimidade do suicídio diante de sofrimentos extremos, especialmente em casos de doenças incuráveis e dolorosas. É importante destacar que, nos textos clássicos, o termo "suicídio" é utilizado para descrever o ato deliberado de tirar a própria vida, enquanto "eutanásia" — no sentido moderno de morte medicamente assistida — não era um conceito existente à época. A palavra "eutanásia" deriva do grego, mas originalmente significava apenas "boa morte" e não estava associada ao contexto médico contemporâneo (Soares, 2017)

Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates eram contrários ao suicídio. No juramento de Hipócrates (460 a.C. – 355 a.C.), lê-se: “a ninguém darei, com prazer, nem remédio mortal, nem um conselho que induza à perda”. Dessa forma, percebe-se que os hipocráticos já possuíam uma posição frente ao que hoje entendemos como eutanásia e suicídio assistido.

Nesta perspectiva, suicídio, nos escritos antigos, refere-se ao ato voluntário de tirar a própria vida, geralmente por decisão individual, sem a mediação de terceiros. Enquanto o termo eutanásia, embora de origem grega, só adquiriu o sentido atual de morte assistida no período moderno. Na Antiguidade, não havia o

---

<sup>10</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos*. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015, p. 85. 3 HORTA, Márcio Palis, *op. cit.*

aparato médico ou legal que caracteriza a eutanásia contemporânea. Portanto, ao abordar a filosofia antiga, o termo correto é "suicídio", pois se refere à agência do próprio indivíduo sobre sua morte (Soares, 2017).

Platão, especialmente no diálogo Fédon, discute que o suicídio é, em geral, reprovável, mas abre exceção para casos de doenças crônicas, incuráveis e dolorosas, que tornam a vida insuportável. Nesses casos, a libertação da alma do corpo poderia ser considerada um bem, tornando o suicídio justificável (Oliveira, 2018). Em *A República*, Platão sugere que a eliminação dos doentes e incapazes poderia ser aceitável sob certas circunstâncias, refletindo a preocupação com o sofrimento e a dignidade.

Contudo, conforme Goldim (2000), o debate sobre a eutanásia não se manteve restrito à Grécia. Entre outros pensadores relevantes sobre o tema, destacam-se Lutero, Thomas Morus (na obra *Utopia*), David Hume (em *On Suicide*), Karl Friedrich Heinrich Marx (na obra *Medical Euthanasia*) e Schopenhauer (Fachini, 2013).

Na obra "Utopia" Thomas Morus descreve uma sociedade ideal onde a eutanásia é aceita sob certas condições. Em Utopia, pessoas acometidas por doenças incuráveis e sofrimento insuportável podem, com consentimento próprio e aprovação dos sacerdotes e magistrados, optar por uma morte assistida. O objetivo é evitar o prolongamento do sofrimento sem esperança de cura, sempre respeitando a vontade do paciente. A prática é vista como um ato de compaixão, mas nunca obrigatória; quem recusa a eutanásia continua recebendo todos os cuidados.

Hume discute principalmente o suicídio, mas seus argumentos são relevantes para o debate sobre eutanásia. Ele defende a autonomia individual, argumentando que a decisão de terminar a própria vida pode ser racional e moralmente justificável em situações de sofrimento extremo e ausência de perspectivas de felicidade. Autonomia e racionalidade: Hume rejeita a ideia de que a vida é inviolável por ser dom divino, afirmando que, se a natureza permite a morte por causas naturais, não há razão moral para condenar quem, racionalmente, decide abreviar o sofrimento.

Karl Friedrich Heinrich Marx, aborda a eutanásia sob o ponto de vista médico, defendendo o papel do médico em aliviar o sofrimento quando a cura não é possível. Para este, a eutanásia não significa matar o paciente, mas proporcionar uma morte tranquila e sem dor, por meio de cuidados paliativos, uso de analgésicos e suporte emocional. Ele rejeita a intervenção letal direta, mas defende a dignidade do

paciente até o fim, evitando tratamentos desnecessários e focando no alívio do sofrimento.

Sob esse percurso de ideias, de acordo com Pessini (2004), historicamente, reforça-se que a eutanásia pode ser classificada em três períodos, cada um com características específicas: a eutanásia ritualizada, a medicalizada e a autônoma. Como exemplo de eutanásia ritualizada, há relatos de práticas na Grécia e em Roma, nas quais Platão e Aristóteles admitem que recém-nascidos com malformações ou anomalias eram abandonados, prática também comum em Esparta, onde esses bebês eram jogados nas rochas. Esse abandono estava diretamente associado às condições de morte (Fachini, 2013).

A eutanásia ritualizada refere-se a práticas de morte assistida que são socialmente sancionadas e estruturadas por rituais, normas e valores culturais específicos, como observado em tradições históricas como o seppuku japonês. Joseph M. Pierre, em sua revisão publicada no *World Journal of Psychiatry*, explica que certas formas de suicídio e eutanásia ocorrem em contextos culturalmente legitimados, nos quais esses atos não são interpretados como suicídio do ponto de vista psiquiátrico, mas sim como expressões de honra ou cumprimento de um dever coletivo (Pierre, 2015).

Pierre destaca diretamente que o seppuku, por exemplo, era considerado um “ato ritualizado de autossuperação e resolução perante a morte”, sendo plenamente aceito e até exigido em determinados contextos sociais e históricos. Indiretamente, Pierre sugere que a compreensão dessas práticas exige uma análise dos “motivos específicos que fundamentam a escolha da morte em vez da vida”, ressaltando que a aceitação social e a ausência de doença mental distinguem a eutanásia ritualizada de outros tipos de morte assistida (Pierre, 2015).

No que diz respeito à eutanásia medicalizada, que é a prática em que um médico, com autorização do paciente, intervém diretamente para antecipar a morte de uma pessoa que sofre de uma doença incurável, com o objetivo de proporcionar uma morte indolor e aliviar o sofrimento (Louzada, 2018).

A eutanásia ritualizada tem suas origens em práticas ancestrais de diversas culturas antigas, como tribos indígenas, povos celtas e sociedades da Índia antiga, onde a morte de idosos, doentes incuráveis ou incapacitados era realizada dentro de rituais específicos, muitas vezes envolvendo elementos sagrados ou coletivos, como

o sepultamento ou abandono em rios sagrados, com o objetivo de aliviar o sofrimento e preservar a dignidade do indivíduo dentro do contexto cultural vigente. Já a eutanásia medicalizada começou a ser conceituada de forma mais sistemática a partir do século XVII, quando o filósofo Francis Bacon, em sua obra "História da Vida e da Morte" (1623), utilizou o termo para descrever a prática médica de proporcionar uma "boa morte" a pacientes incuráveis, enfatizando o papel do médico em aliviar o sofrimento por meio de intervenções que antecipassem a morte de forma indolor e digna. Assim, enquanto a eutanásia ritualizada está ligada a costumes tradicionais e sociais antigos, a eutanásia medicalizada surge com o desenvolvimento da medicina moderna e da ética médica, focando no cuidado paliativo e na autonomia do paciente (Louzada, 2018)

Segundo Horta (1999), até o século XVII, o termo 'eutanásia' referia-se aos meios para se alcançar uma "morte boa" ou "morte fácil". Portanto, era associada a uma vida pautada pela sobriedade, temperança e aceitação da mortalidade.

De acordo com o pensamento de Pessini (2004) sobre a eutanásia medicalizada, no período do Renascimento, o termo "eutanásia" tornou-se o centro de debates, adquirindo o sentido que possui atualmente. Nesse período, a palavra, conforme relata o autor, "[...] adquire uma tonalidade nova: já não se relaciona somente ao sentido etimológico grego, mas possui também o sentido de prestar atenção em como o moribundo pode deixar a vida de forma mais fácil e silenciosa" (p. 106). A discussão sobre eutanásia como tema central fortalece-se especialmente quando Bacon afirma que o médico deve empenhar-se não apenas na busca pela cura, mas também na minimização do sofrimento.

Destaca-se que foi somente em 1605 que a prática da eutanásia passou a ser uma preocupação do domínio médico, quando Francis Bacon empregou o termo 'eutanásia' com o significado que utilizamos atualmente. Em sua obra *O Progresso do Conhecimento*, Bacon escreve:

Mais ainda, estimo ser ofício do médico não só restaurar a saúde, mas também mitigar a dor e os sofrimentos, e não só quando essa mitigação possa conduzir à recuperação, mas também quando se possa conseguir com ela um trânsito suave e fácil; pois não é pequena benção essa Eutanásia que César Augusto desejava para si[...]. Mas os médicos, ao contrário, têm quase por lei e religião seguir com o paciente depois de desesperado, enquanto, a meu

juízo, deveriam em vez disso estudar o modo e pôr os meios de facilitar e aliviar as dores e agonias da morte.<sup>11</sup>

A última classificação histórica de Pessini (2004) é a eutanásia autônoma. Entende-se que neste momento o protagonista da situação é o indivíduo/paciente. Se anteriormente o que se percebia era que o enfermo estava sempre em segundo plano, nesse momento ocorria o oposto. Primeiramente, eram os familiares que decidiam sobre a prática da eutanásia e somente depois a decisão passou a ser de responsabilidade médica, porém em nenhum momento a vontade do paciente era considerada.

A eutanásia autônoma refere-se à prática em que o paciente, estando em plena capacidade de decisão, expressa de forma consciente e voluntária o desejo de antecipar sua morte para aliviar sofrimento decorrente de doença incurável ou condição terminal. Esse tipo de eutanásia respeita a autonomia da vontade do indivíduo, que tem o direito de decidir sobre os rumos de sua vida e morte, buscando uma morte digna e sem sofrimento desnecessário. Conforme destacado por autores de grande impacto na área da bioética, a eutanásia autônoma está intrinsecamente ligada ao princípio da autodeterminação, sendo considerada uma manifestação legítima da dignidade humana no contexto do alívio do sofrimento extremo (Batista e Schram, 2008).

O tema da eutanásia era cotidiano na vida do ser humano e era objeto de reflexão há muitos tempos históricos. Entretanto, não existia uma clareza objetiva e entendimento dos seus tipos e conceitos. Sua existência e justificativa variava conforme o momento histórico e cultural que envolvia o ser humano e a sociedade daquele contexto.

Além disso, é um fenômeno complexo, que envolve atores de diversas áreas. Essa complexidade decorre do fato de que a eutanásia não se limita a uma questão médica ou legal, mas abrange aspectos éticos, filosóficos, sociais, religiosos e psicológicos. Prioritariamente, a área da medicina está diretamente envolvida, pois são os profissionais de saúde que lidam com o sofrimento físico e emocional dos pacientes, além de serem responsáveis pela aplicação dos procedimentos que podem antecipar a morte. A bioética, como campo interdisciplinar, também desempenha papel fundamental ao discutir os limites morais e os direitos dos

---

<sup>11</sup> BACON, Francis. *O progresso do conhecimento*. Trad. Raul Fiker, São Paulo: Editora Unesp, 2007, p. 175.

pacientes, equilibrando o respeito à autonomia individual com os princípios da beneficência e não maleficência.

Além disso, o direito é outro ator essencial, pois regula as práticas relacionadas à eutanásia, definindo o que é permitido ou proibido em diferentes jurisdições, o que impacta diretamente na vida dos pacientes e profissionais. A psicologia contribui para compreender o sofrimento mental e emocional que pode levar à decisão pela eutanásia, enquanto a teologia e a filosofia oferecem reflexões sobre o valor da vida, a dignidade humana e as implicações espirituais da morte voluntária. Por fim, a sociedade como um todo, incluindo familiares e grupos de apoio, influencia e é impactada por essas decisões, tornando o debate sobre a eutanásia um tema multifacetado que exige diálogo e sensibilidade entre diversas áreas do conhecimento.

Pelo fato de se tratar de tema/evento que envolve personagens que vão além do profissional da área da saúde. Nesse amálgama tem-se toda uma sociedade. Então, entende-se que, houve períodos de ocorrência baseada nos contextos sociais e culturais, mas também períodos de estigmatização, e com os avanços no âmbito da pesquisa científica e produção acadêmica, houve uma revisão do conceito e, hoje, em alguns países, a eutanásia clássica que busca aliviar o sofrimento de pacientes terminais é legalmente permitida.

O tema da eutanásia envolve múltiplas dimensões que merecem ser abordadas com calma para melhor compreensão. Inicialmente, a estigmatização da eutanásia esteve presente em diversos períodos históricos, especialmente quando a prática foi associada a ideias de "higienização social" ou eugenia, como ocorreu na Europa do século XX, quando a eutanásia foi usada para justificar a eliminação de grupos considerados indesejáveis, gerando um forte tabu e rejeição social ao tema. Esse estigma também decorre do fato de que a morte voluntária desafia valores culturais, religiosos e morais profundamente enraizados, tornando o debate delicado e muitas vezes evitado.

Com o avanço da pesquisa científica e o desenvolvimento da bioética, houve uma importante revisão do conceito de eutanásia, que passou a ser entendida como um procedimento médico ético voltado ao alívio do sofrimento em pacientes terminais, respeitando a autonomia e dignidade do indivíduo (Pereira e Pineiro, 2008). Essa revisão permitiu diferenciar a eutanásia legítima de práticas abusivas do passado, focando no consentimento informado e nos cuidados paliativos.

A chamada eutanásia clássica refere-se à prática médica de antecipar a morte de pacientes com doenças incuráveis e sofrimento intenso, por meio da administração direta de substâncias que provocam a morte de forma indolor e rápida, sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento e respeitar a vontade do paciente. Essa forma de eutanásia é distinta de outras categorias, como a eutanásia social ou eugênica, que não consideram a autonomia individual.

Atualmente, em alguns países, a eutanásia clássica é legalmente permitida, refletindo uma mudança cultural e jurídica que reconhece o direito ao fim da vida em condições específicas, o que representa um avanço significativo na abordagem ética e legal sobre o tema. Contudo, o debate permanece complexo, envolvendo questões éticas, sociais, religiosas e jurídicas que exigem diálogo contínuo e sensibilidade para garantir que a prática seja realizada com respeito e responsabilidade (Batista e Schram, 2008).

Repita-se que eutanásia é uma prática que existe desde os primórdios da existência humana é que Borges (2001, p. 18) pontua que

[...] etimologicamente, a palavra eutanásia significa boa morte ou morte sem dor, tranqüila, sem sofrimento. Deriva dos vocábulos gregos *eu*, que pode significar bem, bom e *thanatos*, morte. No sentido que tinha em sua origem, a palavra eutanásia significaria, então, morte doce, morte sem sofrimento.

No entanto, essa expressão foi utilizada pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte do imperador Augusto: “A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morreria rápido e sem dor, desejava para si e para os seus iguais eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar)”. (Siqueira Batista e Schramm, 2004, p. 34)

Uma definição mais contemporânea de eutanásia envolve a utilização ou a omissão de procedimentos médicos com o objetivo de antecipar ou causar a morte de um paciente terminal, visando aliviar seus intensos sofrimentos. Essa definição destaca que a eutanásia não se resume apenas a uma ação ativa, como a administração de medicamentos letais, mas também pode incluir a suspensão ou não início de tratamentos que prolongariam artificialmente a vida sem oferecer perspectiva de cura ou melhora significativa.

É fundamental compreender que a eutanásia está intimamente ligada ao respeito à autonomia do paciente, ou seja, à sua capacidade de tomar decisões conscientes e informadas sobre o próprio corpo e a própria vida. Assim, a prática deve ocorrer sempre com o consentimento explícito do paciente, garantindo que a decisão seja livre de pressões externas e baseada em um entendimento claro das consequências.

Além disso, a eutanásia contemporânea está inserida em um contexto ético e legal que busca equilibrar o alívio do sofrimento com a preservação da dignidade humana. Para isso, muitos países estabeleceram regulamentações rigorosas que definem as condições em que a eutanásia pode ser realizada, como a existência de uma doença incurável, sofrimento físico ou psicológico intenso e a confirmação da vontade reiterada do paciente.

Quanto ao consentimento do paciente, é possível distinguir entre eutanásia voluntária, realizada a pedido explícito do indivíduo, e eutanásia não voluntária, realizada sem seu consentimento expresso. É essencial diferenciar a eutanásia do suicídio assistido, no qual o próprio paciente desempenha um papel ativo na execução do ato final, enquanto na eutanásia é o médico quem realiza a ação.

Conforme Pessini (2004), a eutanásia pode ser entendida como o procedimento pelo qual uma pessoa deliberadamente provoque ou favoreça qualquer situação que culmine com a morte de outra pessoa. E nesse direcionamento, Facchini (2013, p.14) complementa que no “âmbito da saúde, se trata da ação de um profissional que deliberadamente provoque ou favoreça a morte de um paciente com o intuito de acabar com o seu sofrimento ou não.”

Dada essa breve questão semântica, Nobrega Filho (2010) vai destacar que diante das diversas terminologias existentes que, na perspectiva dele, mais confundem do que contribuem para solucionar as controvérsias, torna-se necessário ter a clareza sobre o que se trata cada tipo/classificação de maneira mais profunda.

A eutanásia pode ser classificada como ativa, quando envolve uma intervenção direta para provocar a morte do paciente, ou passiva, quando ocorre pela suspensão de tratamentos que poderiam prolongar a vida. Na concepção de Diniz (2007, p. 323), a eutanásia ativa ou por comissão, também denominada de benemortásia ou sanicídio

[...] não passa de um homicídio, em que, por piedade, há deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento, empregando-a, em regra, recursos farmacológicos, por ser prática indolor de supressão da vida.

Na percepção de Nobrega Filho (2010, p. 56), “[..] pressupõe uma intervenção direta que provoca a morte do paciente para lograr, desse modo, dar fim aos sofrimentos de sua agonia, que ocorre, por exemplo, quando se lhe ministra uma substância letal”. Logo, conforme o autor, trata-se de matar com a finalidade de evitar que o indivíduo/paciente permaneça em condições indignas de vida.

Enquanto um exemplo de eutanásia ativa, Diniz (2007, p. 323-324) cita o caso do Dr. Hackenthal, médico alemão que aplicou uma dose de cianureto em uma enferma incurável de câncer de pele que, após treze operações, estava completamente desfigurada. E o caso do médico inglês Harold Shipman, que cumpre prisão perpétua desde 2000 por ter matado 15 senhoras idosas com injeções de heroína (um inquérito apurou que durante os 23 anos de medicina assassinou, na verdade, 215 pacientes seus, havendo forte suspeita de que matou mais 45).

Outro caso que podem se citado é o da francesa Chantal Sébire que sofria de um raro tumor incurável, estava com o rosto deformado e sentia fortes dores, suicidando-se em 2008, por não ter conseguido autorização para a eutanásia; além do italiano Piergiorgio Welby, que sofria de distrofia muscular, sendo alimentado por tubos, falecendo em dezembro do ano de 2006, mediante desligamento dos aparelhos, após sucessivas negativas para autorização da eutanásia (Goldim, 2009).

A trajetória de Chantal Sébire, ex-professora francesa portadora de um tumor raro, incurável e degenerativo, tornou-se emblemática na discussão sobre os limites do direito à vida e da autodeterminação diante do sofrimento extremo. Diagnosticada com *esthesioneuroblastoma*, doença que deformou seu rosto e lhe causava dores físicas severas, Sébire buscou judicialmente autorização para a realização da eutanásia ativa, solicitando a aplicação de uma dose letal de medicamentos por um médico. Seu pedido, contudo, foi negado pelas autoridades francesas com base na Lei Léonetti de 2005, legislação que permite apenas a suspensão de tratamentos e o uso de sedação profunda, sem, entretanto, admitir intervenções com o objetivo direto de causar a morte.

A negativa do Judiciário obrigou Sébire a recorrer ao suicídio clandestino, isolada em sua casa, o que gerou comoção nacional e reações divergentes dentro do próprio governo francês. O caso levou o então presidente Nicolas Sarkozy a instituir uma comissão para revisar a legislação vigente, enquanto ministros expressaram posicionamentos conflitantes sobre o tema, expondo as fragilidades de um sistema normativo que desconsidera as singularidades dos casos-limite. O sofrimento visível de Sébire e sua recusa em submeter-se a um processo de morte considerado por ela como “agonizante” mobilizaram a opinião pública e reacenderam o debate sobre o direito de morrer com dignidade (Menezes, 2011).

O caso revela a tensão entre o princípio da sacralidade da vida — que considera a existência como um valor absoluto, independentemente da qualidade da experiência vivida — e o princípio da autonomia individual, reconhecido como direito fundamental nos marcos do pensamento liberal contemporâneo. Conforme Beauchamp e Childress (2001), a autonomia pressupõe que o indivíduo tem o direito de tomar decisões informadas sobre sua própria vida, inclusive sobre sua continuidade, desde que esteja em plena posse de sua capacidade decisória. Neste sentido, impedir o exercício desse direito em contextos de sofrimento extremo pode significar a negação de um valor igualmente constitucional: a dignidade da pessoa humana.

A história de Sébire ilustra como a ausência de uma legislação sensível às dimensões éticas do sofrimento extremo pode conduzir a situações em que a preservação da vida biológica é priorizada em detrimento da dignidade subjetiva e relacional. Para Burity et al. (2023), esse modelo jurídico revela-se insuficiente diante da pluralidade de visões sobre o que constitui uma vida digna, especialmente em sociedades marcadas por avanços médicos que, ao prolongarem artificialmente a vida, também impõem novos dilemas éticos. Assim, a experiência de Sébire não apenas expõe os limites da norma francesa vigente à época, mas também oferece uma chave interpretativa relevante para outras realidades jurídicas, como a brasileira, nas quais o direito de morrer permanece à margem das garantias legais.

Entre os argumentos em defesa da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, destacam-se fundamentos ancorados nos valores da modernidade. O individualismo ético, o hedonismo moderado, o naturalismo e a racionalidade sobre o corpo ganham centralidade na avaliação das escolhas sobre o fim da vida. O hedonismo, desvinculado de excessos, converte-se em princípio de recusa do

sofrimento desnecessário. Já a racionalidade corporal autoriza o sujeito a decidir sobre os limites do próprio corpo e da continuidade da existência, em face da dor e da perda de sentido.

A predominância de uma cultura que valoriza a juventude, o prazer e a funcionalidade corporal interfere diretamente na forma como o sofrimento e a morte são percebidos. A dor extrema, associada à ausência de sentido existencial, leva muitos indivíduos em estado terminal a pleitear a antecipação da morte. A ausência de perspectivas de melhora ou de bem-estar torna a existência física um fardo insuportável, cujo prolongamento deixa de ser compatível com a dignidade subjetiva.

Entre as modalidades dessa espécie, está a eutanásia ativa direta – quando se tem por objetivo maior o encurtamento da vida mediante atos positivos – e eutanásia ativa indireta ou de duplo efeito – em que o tempo de vida pode ser reduzido indiretamente através de medicamentos ministrados para aliviar a dor. Já com relação à ativa indireta ou de duplo efeito ocorre quando o objetivo principal das ações médicas encontra fundamento no alívio do sofrimento de um paciente, sendo a morte acelerada em razão dos métodos utilizados (Nobrega Filho, 2010).

Já com relação a eutanásia passiva, Nobrega Filho (2010) diz que “[...] poderia ser definida como a omissão de um tratamento imprescindível ou de qualquer meio que contribua para a prolongação da vida do paciente”. Nas discussões no entorno desse conceito, estão por exemplo, os casos de abandono de tratamento já iniciado.

A eutanásia ativa e passiva apresentam desafios éticos profundos, pois ambas envolvem decisões que impactam diretamente o direito fundamental à vida. A eutanásia ativa, ao provocar diretamente a morte do paciente, levanta questões sobre a legitimidade de um ato intencional que antecipa o fim da vida, mesmo quando motivado pela compaixão e pelo desejo de aliviar sofrimentos insuportáveis. Já a eutanásia passiva, ao suspender tratamentos que poderiam prolongar a vida, coloca em evidência o limite entre permitir a morte natural e omitir intervenções que poderiam manter a vida, o que também pode ser interpretado como uma forma de decisão sobre a morte. Em ambos os casos, é imprescindível refletir sobre a autonomia do paciente, o respeito à sua dignidade e o papel do profissional de saúde diante do sofrimento e da incúria.

No plano ético, a distinção entre ação e omissão nem sempre é clara, pois tanto a eutanásia ativa quanto a passiva podem resultar na mesma consequência: o

fim da vida do paciente. Assim, a reflexão deve ir além da simples classificação e considerar as intenções, os contextos e as consequências de cada escolha. É fundamental equilibrar o desejo de aliviar o sofrimento com o respeito à vida, buscando sempre preservar a dignidade humana. Esse equilíbrio exige sensibilidade, diálogo e um olhar atento para as particularidades de cada situação, reconhecendo que, em muitos casos, as decisões sobre o fim da vida envolvem dilemas complexos que desafiam conceitos rígidos e demandam uma abordagem ética cuidadosa e humana.

Outra classificação importante é da ortotanásia, que é uma linha divisória entre eutanásia passiva e ortotanásia, que se refere à morte no momento apropriado, é frequentemente imprecisa. Afinal, não é fácil distinguir entre ações que visam permitir que o paciente morra naturalmente e escolher o momento adequado para isso acontecer.

A expressão ortotanásia tem origem etimológica grega, significando morrer corretamente, de forma mais humana e digna. Nobrega Filho (2010, p. 57) diz que a ortotanásia pode ser nominada também de eutanásia passiva<sup>12</sup>, antidistanásia, pareutanásia, configura a morte natural decorrente da não utilização ou da interrupção de tratamento terapêutico”. Logo, pode ser compreendida como o direito de morrer dignamente e, paralelamente, como a exigência ética de auxiliar a quem procura exercer esse direito. Diniz (2007, p. 330-331) destaca que

[...] eutanásia passiva, ou ortotanásia, é a eutanásia por omissão, consistente no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.

A autora continua o seu posicionamento exemplificando que ortotanásia é o ato de deixar morrer em seu tempo certo, sem abreviação ou prolongamento desproporcionado, mediante a suspensão de uma medida vital ou de desligamento

---

<sup>12</sup> Importante esclarecer que, em virtude da posição de não interferência médica, surge nova confusão conceitual, já parte da doutrina diferencia a ortotanásia da eutanásia passiva, consistindo a primeira na suspensão ou omissão de medidas que perderam sua indicação médica, por se tornarem inúteis para o paciente, muito embora possam ser adotadas medidas paliativas para aliviar o sofrimento da pessoa em vias de falecer, enquanto que a segunda ocorreria na hipótese de suspensão ou omissão deliberadas de medidas que seriam ainda indicadas no caso específico, o que conduziria ao óbito do paciente (CÁS, 2008, p. 04).

de máquinas sofisticadas, que substituem e controlam órgãos que entram em disfuncionamento. Caso típico foi o ocorrido nos Estados Unidos, quando a mulher do Dr. Messinger, dermatologista de Michigan, deu à luz, após 25 semanas de gestação, a um menino de 750g sem malformação grave evidente, e o neonatologista do hospital, devido à prematuridade extrema, colocou-o em um ventilador e submeteu-o a uma avaliação prognóstica, por ter calculado que teria 30 a 50% de possibilidade de sobrevivida.

Uma hora após o parto, o Dr. Messinger desligou o ventilador e foi acusado de assassinato porque não aguardou os resultados dos exames do sangue colhido do cordão umbilical, que indicou hipóxia gravíssima, o que impossibilitaria a sobrevivida do recém-nascido.”<sup>13</sup>

Há outros termos que são importantes para esta pesquisa e precisam ser melhor compreendidos. Para tanto, será utilizado como pressuposto conceitual a perspectiva de Nobrega Filho (2010), que divide esses fenômenos em eutanásia natural e eutanásia provocada. Para ele, trata-se de discernir os casos nos quais a morte ocorre naturalmente e aqueles que possuem conduta humana no seu envolvimento.

A eutanásia natural (autônoma) na ótica de Nobrega Filho (2010, p.50), é “a preparação e provocação da própria boa morte, sem a intervenção de terceiros”, que é resultante do processo natural e progressivo do envelhecimento. Já a eutanásia provocada (heterônoma) para Nobrega Filho (2010, p.50) é “resultante da ação ou participação de outras pessoas, ressaltando que a primeira espécie será desprezada do campo de exame, por constituir, em qualquer caso, matéria estranha ao tratamento jurídico-penal racional.”.

Nesse entendimento, compreende-se que a natural relaciona-se a morte natural ou senil, resultante do processo natural e progressivo do envelhecimento. Já a provocada, diz respeito à alteração do curso natural da morte, antecipando-a. A seguir, através dos exemplos, fica evidente a especificidade e diferenciação entre os dois tipos.

---

<sup>13</sup> Um outro exemplo que pode ser mencionado ocorreu em relação à americana *Terri Schiavo* que, devido a uma parada cardíaca em 1990, ficou em estado vegetativo, vindo a falecer, após a retirada da sonda que a alimentava e hidratava, em 31 de março de 2005, após longa disputa familiar, judicial e política (GOLDIM, 2009).

Considerando a eutanásia provocada e o enfoque na que é realizada com o consentimento do paciente, um exemplo a ser citado é o caso da psicóloga Ana Estrada, que recebeu autorização da Suprema Corte peruana para realizar o procedimento no ano de 2022. A notícia "Mulher morre por eutanásia em primeiro caso registrado no Peru"<sup>14</sup> foi publicada pelo Portal Terra em 2024.

A mulher lutava contra uma doença degenerativa desde os 12 anos e, após conseguir autorização judicial, a eutanásia foi realizada seguindo o "Plano e Protocolo de Morte Digna" aprovado para a paciente, conforme regulamentação do Seguro Social de Saúde do Estado peruano. Entretanto, o método específico utilizado nesse processo, segundo a matéria, não foi divulgado. Na época, a paciente chegou a comentar "Isto é para mim, exatamente como eu planejei desde o primeiro dia (...). Eu sabia que isso era uma garantia para minha vida. Eu precisava deste sinal verde para viver plenamente nesta última etapa, sem dor, sem angústias sobre o que vai acontecer" Terra (2024, s.p).

Entre a eutanásia provocada (ativa) e a natural (ortotanásia) há diferenças fundamentais em termos éticos, legais e médicos. A eutanásia provocada implica uma ação direta para antecipar a morte do paciente, geralmente motivada pela compaixão diante do sofrimento intenso e incurável, mas que envolve o dilema ético de interromper a vida de forma intencional, o que pode ser visto como uma violação do princípio da inviolabilidade da vida.

Por outro lado, a eutanásia natural, ou ortotanásia, consiste em permitir que a morte ocorra no seu curso natural, sem prolongar artificialmente o sofrimento por meio de tratamentos desproporcionais ou fúteis, respeitando a dignidade do paciente e sua autonomia. Enquanto a eutanásia provocada pode ser interpretada como um ato médico controverso e, em muitos contextos, ilegal, a ortotanásia é amplamente aceita como uma prática ética e legalmente legítima, pois não acelera a morte, apenas evita intervenções que prolonguem o sofrimento desnecessário. Essa distinção ressalta a importância de respeitar o processo natural da vida e da morte, equilibrando o alívio do sofrimento com o respeito aos valores éticos e legais que regem a prática médica.

---

<sup>14</sup> A matéria pode ser consultada na íntegra em:

<https://terra.com.br/vida-e-estilo/saude/mulher-morre-por-eutanasia-em-primeiro-caso-registrado-no-peru,42b6ba8f6cc9302cc9040c622411fc414mo98ghq.html>

Outra classificação que também merece menção é a que considera a atitude frente ao curso vital. No caso, seria a distinção entre a eutanásia em solutiva (também conhecida como pura, lenitiva, autêntica ou genuína) e resolutiva (divide-se nas modalidades libertadora, eugênica e econômica) (Nobrega Filho, 2010).

Esclarecendo os conceitos do parágrafo anterior, entende-se por eutanásia solutiva o ato de ajudar alguém a morrer, sem provocar uma redução do tempo de vida. Podendo ser utilizados calmantes que mitiguem o sofrimento e não interfiram no curso vital dessa pessoa. Reiterando esse pensamento, Roxin (1999, p.12) diz que

Pode-se chamar de 'eutanásia pura' a hipótese em que se ministram ao moribundo meios lenitivos, que não possuam efeitos de diminuir-lhe o tempo de vida. Tal conduta, se praticada por desejo ou consentimento do paciente, é, obviamente, impunível. Na hipótese de não poder mais o moribundo emitir uma declaração de vontade, ou já não estar ele em condições de o fazer de modo responsável, a conduta também será impunível, se corresponder à sua vontade presumida – como em regra deverá ser o caso.

No que diz respeito a eutanásia resolutiva, tem-se a subdivisão, como já exposto anteriormente, entre libertadora, eugênica e econômica, “configurando o traço distintivo o motivo que impulsiona o agente, ocorrendo, em todas elas, a redução ou supressão do curso vital, podendo ser ou não no interesse do sujeito passivo, bem como mediante seu consentimento ou não” (Felix, 2006, p.20).

Para Nobrega Filho (2010, p.51), a eutanásia libertadora “[...] seria aquela praticada por razões solidárias, sendo a piedade o motivo determinante de tal ação e com a finalidade de eliminar o sofrimento do doente, acelerando o momento da morte. Enquanto a eutanásia eugênica consiste na supressão indolor de pessoas com doenças contagiosas e sem cura, com deformidades, recém-nascidos com malformações, com o intuito de promover o melhoramento da espécie humana, não se exigindo que o enfermo esteja próximo da morte (Felix, 2006).

Um exemplo de eutanásia libertadora foi o caso de Aurelia Brouwers, uma holandesa de 29 anos. O relato dessa situação foi publicado em 2021 pela BBC News através da matéria “Eutanásia psiquiátrica: entenda essa prática polêmica e onde ela é permitida”<sup>15</sup> escrita por María Elena Navas. A acolha do pedido da mulher

---

<sup>15</sup> A matéria pode ser consultada em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-59616988>

foi amparada pela lei da Eutanásia e do Suicídio Assistido, que permite a morte quando há sofrimento insuportável e intratável.

Ela não possuía doença terminal, mas sofria de ansiedade, depressão e psicose. Um mês após a decisão favorável do procedimento, segundo a matéria, Aurelia Brouwers deitou-se em sua cama e, rodeada por seus amigos, bebeu um composto tóxico (não especificado na notícia), prescrito por seu médico, para morrer.

Na matéria, são apresentados elementos que Linda sofre com problemas psicológicos desde a sua juventude e nesse percurso tinham vários relatos sobre o seu desejo de acabar com o sofrimento. Ela disse para a repórter da BBC News (2018, s.p)

"Eu estou presa no meu próprio corpo, na minha própria cabeça e só quero ser livre"

"Eu nunca fui feliz - não conheço o conceito de felicidade."

"Eu tenho 29 anos e escolhi ser voluntariamente submetida à eutanásia. Escolhi isso porque tenho muitos problemas de saúde mental. Sofro de maneira insuportável e sem esperança. Cada suspiro que eu dou é uma tortura ..."

Pelos trechos destacados na matéria, a mulher possuía um descontentamento com a vida que levava, devido aos problemas psicológicos que possuía. E também encarava a morte enquanto uma possibilidade de libertação e felicidade, ou seja, algo que lhe traria alívio para a vida.

Já exemplificando a eutanásia eugênica, pode-se referenciar o caso da Alemanha Nazista que implantou<sup>16</sup> a "Aktion T 4"<sup>17</sup> outubro de 1939 quando Hitler ordenou a "morte por misericórdia" generalizada de doentes e deficientes. O intuito do programa de eutanásia nazista era eliminar "vidas indignas de vida". Inicialmente, focava-se dos recém nascidos até crianças de três anos de idade, as que apresentavam algum retardo mental, deficiência ou má formação deveriam passar pelo procedimento. Posteriormente, programa de eutanásia nazista expandiu-se rapidamente para incluir também crianças mais velhas e adultos deficientes, incorporando caracteres ideológicos, no qual o intuito era ter uma raça pura, ou seja, uma cidadania alemã, ou ascendência alemã, tal manobra levou a morte de muitos negros, judeus e ciganos.

---

<sup>16</sup> Síntese de José Roberto Goldim: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutnazi.htm>

<sup>17</sup> Síntese do que foi o programa nazista de eutanásia:

<https://www.historyplace.com/worldwar2/timeline/euthanasia.htm>

Ainda na perspectiva de Felix (2006), entende-se que a eutanásia econômica consiste na morte de anciãos e inválidos, doentes mentais irrecuperáveis, com o âmbito de aliviar a sociedade do gasto econômico com o público mencionado anteriormente, extintas de valor vital, e aliviar o sistema de saúde com gastos desnecessários. Isto posto, é importante ressaltar que a eutanásia pode também ser subdividida, de acordo com o consentimento do paciente em voluntária, involuntária e não-voluntária. Logo, cabe compreendê-las, para se ter um conhecimento sobre o que as caracteriza.

Fachini (2013) entende que existem três possibilidades: a do tipo voluntária, não voluntária e involuntária. A primeira, “quando uma pessoa, possuindo suas capacidades mentais, intelectuais, sociais e outras, solicita que se provoque a sua morte [...]” Fachini (2013, p.15) e a segunda quando “[...] a morte é causada sem que a vontade dessa pessoa seja levada em consideração”<sup>18</sup> enquanto a terceira diz respeito à “situação em que o paciente não pode participar da decisão de provocar ou não a sua morte”<sup>19</sup>.

Para Nobrega Filho (2010, p.53) o tipo voluntária “[...] ocorre quando há a vontade livre, informada e consciente do paciente sobre o processo de morte, o qual não consegue por fim à vida e solicita ao médico ou a alguém da família a ajuda para morrer.”. Ainda acerca disso, Peter Singer (1998, p.188) também acrescenta as pessoas que no momento de padecimento não conseguem manifestar uma anuência, mas que realiza isso de maneira anterior

Quando ainda tem boa saúde, uma pessoa pode pedir a eutanásia por escrito se, por acidente ou doença, tornar-se incapaz de tomar ou expressar a decisão de morrer, em decorrência de dor ou da privação de suas faculdades mentais, não havendo nenhuma esperança plausível de que venha a recuperar-se. Ao matar alguém que fez tal pedido, reafirmou-o diversas vezes e se encontra agora num dos estados que descrevemos, uma pessoa pode perfeitamente alegar que agiu com o consentimento de quem foi morto.

Como um exemplo de eutanásia voluntária, pode-se citar o caso de Víctor Escobar Prado, publicado pelo G1 no ano de 2022, sob a matéria intitulada “Homem de 60 anos é a primeira pessoa sem doença terminal a morrer por eutanásia na Colômbia”<sup>20</sup>. Como descrito na matéria, o homem sofreu um acidente de automóvel

---

<sup>18</sup> *Idem* 2013, p.15

<sup>19</sup> *Idem* 2013, p.15

<sup>20</sup> A matéria pode ser consultada na íntegra em:

que o deixou com sequelas e, anos depois, dois Acidentes Vasculares Cerebrais AVCs. Além disso, ele também tinha problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e um lado do corpo paralisado.

O homem foi a primeira pessoa a morrer por eutanásia na Colômbia sem ser um caso de doença terminal. Foi necessário recorrer à Justiça durante dois anos para conseguir que o pedido de eutanásia fosse aprovado. A matéria ainda trouxe um trecho da despedida do homem

Obrigado a todos os colombianos que de uma forma ou de outra nos deram apoio, essa confiança para continuar com nossa luta. Bênçãos e abraços a todos. E eu não digo adeus, mas até logo. A vida não se compra, aos poucos vai chegando a vez de cada um de nós. Pouco a pouco nos encontraremos onde Deus nos colocou. Abraços e bênçãos a todos (...) eu os estimo e amo de toda a minha alma (G1, 2022, s.p).

Enquanto a involuntária, segundo Nobrega Filho (2010, p.54) “[...]ocorre nos casos em que o paciente não deseja a eutanásia, sendo a sua intenção contrariada por sua família ou equipe médica. Condenável sob o ponto de vista moral e jurídico, assemelha-se à prática de homicídio.”. Por ter uma nomenclatura semelhante, pode ocorrer falta de clareza, mas a não-voluntária, ainda segundo Nobrega Filho (2010, p.54) ocorre “quando não há manifestação de vontade do paciente em relação à morte provocada, seja por encontrar-se em estado de inconsciência, seja por se tratar de incapacidade definitiva ou, ainda, por qualquer outro motivo.”

Enquanto exemplos de eutanásia não voluntária e involuntária pode-se citar um caso ocorrido no Brasil. Noticiado pela Vidas em Revista, de 08 de março de 2004, descrevia os casos envolvendo um cirurgião, Carlos Alberto de Castro Cotti, de São Paulo, que realizava eutanásia em seus pacientes desde 1959<sup>21</sup>.

O primeiro relato foi de um caso ocorrido em 1959, de um paciente com icterícia que não conseguia se alimentar e recebia alimentação "artificialmente". De acordo com o cirurgião, "Era um absurdo mantê-lo vivo naquelas condições". O segundo relato foi de um paciente com metástases cerebrais, pulmonares e intestinais generalizadas, quando as metástases ósseas o atingiram, segundo o cirurgião, a dor era "violenta".

---

<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2022/01/08/homem-de-60-anos-e-primeira-pessoa-nao-termina-l-a-morrer-por-e-utanasia-na-colombia.ghtml>

<sup>21</sup> Disponível em Barbosa E, Fernandes A, Rigitano C. O dilema da Eutanásia. Vidas em revista ou [https://www.ufrgs.br/bioetica/casoeubr.htm08/03/2004;2\(13\):20-25](https://www.ufrgs.br/bioetica/casoeubr.htm08/03/2004;2(13):20-25).

Ainda nessa mesma publicação, também tem o caso de uma paciente com idade entre 65 e 68 anos, a data do relato não foi especificada. Nessa situação, a paciente foi operada quatro vezes em dois anos. Na quarta cirurgia, o quadro clínico dela piorou e, devido ao avanço da sua doença, ela pesava apenas 20kg. Foi quando a família decidiu pela eutanásia da mulher, mesmo que ela ainda consciente declarasse não ter o interesse em realizar o procedimento.

A distinção entre a voluntária e a não voluntária é mais explícita, mas, quando se reflete sobre a não-voluntária percebe-se que há a sensação de confluência entre os dois tipos anteriores. E sobre essa subdivisão, Diniz e Costa (2008) dizem que, tomou proporção com a publicação do relato “*It’s over, Debbie*”<sup>22</sup> em 1988, esse relato foi anônimo e publicado na *Journal of American Medical Association*, o texto desse relato foi associado a um médico jovem, lotado na oncologia, diante de algumas possibilidades de eutanásia e também de outros temas bioéticos.

Dando sequência no entendimento dessa tripla classificação, Luper (2010, p.211) propõe que a eutanásia “é voluntária quando o indivíduo que morre é competente para consentir o ato, é involuntária quando negada competentemente e não voluntária quando quem morre não tem competência ou não consegue expressar uma atitude sobre a morte”.

Peter Singer no livro *Ética Prática* (2002) também discute essa classificação. Nas ideias do autor a eutanásia voluntária é realizada a pedido da pessoa que pretende passar pelo procedimento. Já a involuntária ocorre quando a pessoa a ser morta teve condições de consentir a própria morte, mas não o fez, porque não lhe perguntaram se queria ser morta ou se optaria por continuar vivendo (Singer, 2002).

Enquanto a não voluntária é feita quando um ser humano não é capaz de compreender a escolha entre a vida e a morte (Singer, 2002). Complementando, Fachini (2013, p.99) diz que a não-voluntária “[...] acontece com pessoas que, por motivo de acidente, doença ou velhice, já perderam irreversivelmente a capacidade de escolher entre a vida e a morte, mas, antes de perdê-la, não manifestaram seus desejos e preferências quanto a continuar vivendo em tais circunstâncias.”

Dada a divisão, também é possível caracterizar a eutanásia quanto ao modo de execução. Pode ser classificada em ativa (direta e indireta), de duplo efeito e passiva. Na perspectiva de Diniz (2007, p.323), a eutanásia ativa

---

<sup>22</sup> O relato pode ser consultado em <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2623992> ou <https://web.stanford.edu/~mvr2j/sfsu09/class/Debbie.pdf>

não passa de um homicídio, em que, por piedade, há deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento, empregando-a, em regra, recursos farmacológicos, por ser prática indolor de supressão da vida

Diniz (2007) ainda propõe outras nomenclaturas para essa classificação, como “por comissão”, “benemortásia” ou “sanicídio”. Com isso, na classificação ativa, segundo Nobrega Filho (2010, p.55) trata-se de “matar outra pessoa com a finalidade de evitar que esta sofra de forma demasiada ou permaneça em condições de vida consideradas indignas, pressupondo ato direto e voluntário de por fim à vida.”

A eutanásia ativa direta ocorre quando se tem por objetivo maior o encurtamento da vida mediante atos positivos e a eutanásia ativa indireta ou de duplo efeito ocorre onde o tempo de vida pode ser reduzido indiretamente através de medicamentos ministrados para aliviar a dor (Nobrega Filho, 2010). E nessa relação, fala-se em eutanásia ativa indireta ou de duplo efeito, nas ocasiões onde o objetivo principal das ações médicas encontra fundamento no alívio do sofrimento de um paciente, sendo a morte acelerada em razão dos métodos utilizados (Siqueira Batista e Schramm, 2004).

Sobre a eutanásia passiva poderia ser entendida como a ausência de um tratamento necessário ou de qualquer meio que contribua para a prolongação da vida do paciente. E tendo em vista essa classificação, Lecuona (1997, p.99) argumenta que:

Es importante no asimilar la distinción entre eutanásia activa y eutanásia pasiva a la distinción entre acción y omisión, pues aunque pudiera encontrar-se algún parentesco entre ellas, no son exactamente equivalentes. Um médico que desconecta el respirador de um paciente, por ejemplo, ciertamente está realizando una acción: está haciendo algo, a saber, retirando un aparato y por lo tanto dando muerte al paciente cuya vida dependía del mismo. Sin embargo, esa acción normalmente se clasificaría como um acto de eutanásia pasiva, puesto que sin el respirador la muerte del paciente sobreviene naturalmente, sin major intervención por parte del médico. Aquí, el médico no da muerte activamente a um paciente, sino que pasivamente le deja morir.

Dessa maneira, apesar da divergência doutrinária, visto que Pessini e Barchifontaine (2000, p.293) entendem que a eutanásia passiva ou negativa não

consistiria numa ação médica, mas na omissão, ou seja, na não aplicação de uma terapia médica com a qual poderia se prolongar a vida da pessoa enferma. E nessa discussão Nobrega Filho (2010, p.56) diz que “[...] nos termos da corrente majoritária, encontrar-se também enquadrada no conceito de eutanásia passiva a conduta equivalente ao desligamento dos aparelhos médicos que mantêm as funções vitais do paciente.”

Destacada a classificação de Diniz (2007), também cabe citar e discutir a classificação de Pessini (2004). Na perspectiva do autor, a eutanásia pode ser classificada em duas categorias: eutanásia ativa (situação na qual um profissional adianta o processo de morte a pedido de alguém, de caráter voluntário ou não) e eutanásia passiva (pode ser definida pela inexistência de possibilidades terapêuticas que promoveriam o prolongamento da vida do paciente.).

Singer (2002) também debate essa classificação, na eutanásia ativa os casos ocorrem quando um médico deixa de ministrar remédios, alimentos ou outro insumo ao paciente com o objetivo matá-lo. Na eutanásia passiva, ocorre quando o médico aplica uma injeção letal no paciente com o intuito de fazê-lo morrer. Mas ao propor essa classificação, o autor também faz uma crítica à sociedade, devido ao fato de acreditarem na possibilidade de diferença entre os dois tipos. Ele ainda pontua que não há distinção moral entre matar uma pessoa e permitir a morte de alguém, sendo que todos os envolvidos nesse processo/procedimento devem assumir os seus atos e responsabilidades.

Ademais, Singer (2002) comenta que nos casos onde o objetivo é propiciar aos pacientes em caso terminal uma morte sem dor, opte-se pela eutanásia ativa, para que se tenha o fim concreto. Ao invés de utilizar a passiva, visto que essa, devido ao processo maior, causa maior sofrimento ao paciente.

Retomando a linha divisória entre eutanásia passiva e ortotanásia, cabe também uma demarcação quanto a questão conceitual, visto que tal hora se assemelham, mas são ideias opostas. A expressão ortotanásia possui origem grega, e significa morrer corretamente, de forma mais humana e digna. Nesse ínterim,

Importante esclarecer que, em virtude da posição de não interferência médica, surge nova confusão conceitual, já parte da doutrina diferencia a ortotanásia da eutanásia passiva, consistindo a primeira na suspensão ou omissão de medidas que perderam sua indicação médica, por se tornarem inúteis para o paciente, muito embora possam ser adotadas medidas paliativas para aliviar o

sofrimento da pessoa em vias de falecer, enquanto que a segunda ocorreria na hipótese de suspensão ou omissão deliberadas de medidas que seriam ainda indicadas no caso específico, o que conduziria ao óbito do paciente (Cás, 2008, p.04).

Além disso, Nobrega Filho (2010) também diz que se pode chamar “antidistanásia” e “pareutanásia”. Isso porque se configura como a morte natural decorrente do não uso ou da interrupção de tratamento terapêutico em que a aplicação ou permanência não seria útil, em se tratando de quadro clínico sem reversibilidade.

Considerando o posicionamento dos autores mencionados anteriormente, a ortotanásia poderia ser compreendida como o direito de morrer dignamente e, paralelamente, como a exigência ética de auxiliar a quem procura exercer esse direito.

E complementando esse posicionamento, Diniz (2007, p.330-331) diz que

a eutanásia passiva, ou ortotanásia, é a eutanásia por omissão, consistente no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.

A autora ainda continua

a ortotanásia é o ato de deixar morrer em seu tempo certo, sem abreviação ou prolongamento desproporcionado, mediante a suspensão de uma medida vital ou de desligamento de máquinas sofisticadas, que substituem e controlam órgãos que entram em disfuncionamento. Caso típico foi o ocorrido nos Estados Unidos, quando a mulher do Dr. Messinger, dermatologista de Michigan, deu à luz, após 25 semanas de gestação, um menino de 750g sem malformação grave evidente, e o neonatologista do hospital, devido à prematuridade extrema, colocou-o em um ventilador e submeteu-o a uma avaliação prognóstica, por ter calculado que teria 30 a 50% de possibilidade de sobrevivência. Uma hora após o parto, o Dr. Messinger desligou o ventilador e foi acusado de assassinato, porque não aguardou os resultados dos exames do sangue colhido do cordão umbilical, que indicou hipóxia gravíssima, o que impossibilitaria a sobrevivência do recém-nascido.

Ainda nessa discussão, Fachini (2013) compreende a ortotanásia como “a arte de morrer bem”. E nesse movimento a autora faz a distinção entre a eutanásia e ortotanásia, ao afirmar que “a palavra eutanásia caracteriza a ação de abreviar a

vida, sem diferenciar como será esta ação, contudo a palavra ortotanásia caracteriza um tipo específico de eutanásia, no caso aquele em que o paciente morre sem a interferência de qualquer outra pessoa e sem dor.” Fachini (2013, p.15).

No esforço de dar ênfase numa clareza conceitual é que se propôs essa articulação entre diferentes autores. O intuito não é esgotar a discussão teórica, até porque considerando a dialética sociedade/ciência, muitos são os pontos que precisam ser contextualizados e discutidos. Mas, em linhas gerais, utiliza-se o argumento de Fachini (2013, p.15) ao dizer que

Acredita-se que, independente do tipo de eutanásia escolhido, decidir sobre o momento de morrer ou o momento em que deixamos o nosso próximo morrer constitui-se numa decisão naturalmente complexa. Tal decisão precisa levar em conta inúmeros aspectos, mas principalmente deve levar em conta a vontade da pessoa que irá morrer, mesmo que naquele exato momento ela não possa opinar, deve-se considerar a sua vontade expressa anteriormente a esta situação.

Desse modo, observa-se que, muito embora haja discussões no âmbito da medicina, no plano jurídico já se encontra identificado o limite para a tutela do direito à vida. É válido lembrar que, mesmo distinguindo esses dois tipos, o debate acerca disso ainda se torna complexo, sobretudo, se considerarmos por exemplo a distanásia, o suicídio assistido e os tratamentos ordinários e extraordinários.

Portanto, ao delinear um histórico das práticas de eutanásia desde as antigas civilizações e permeando alguns contextos históricos até a contemporaneidade, fica evidente que o debate conceitual e sobre as práticas de eutanásia é extenso e muito dificilmente se encerra. Pois, conforme evidenciado, os fatores sociais, culturais, religiosos e econômicos complexificam a análise médica e judicial dos casos que surgem na contemporaneidade e dos que, possivelmente, surgirão. Então, ainda cabem muitos debates no que tange a eutanásia, sobretudo, na clareza e divulgação detalhada de casos ocorridos na atualidade e também no que diz respeito a discussão dos conceitos.

### **2.3 Eutanásia e bioética**

As classificações apresentadas no item 3.2 deste texto são relevantes para o que se pretende nesta dissertação, que é compreender formas de inserir o tema da

eutanásia no debate jurídico brasileiro de maneira mais efetiva. Mas, para além dessas classificações, cabe pensá-lo sob a perspectiva da bioética. Trazer esse enfoque para a pesquisa amplia a compreensão do fenômeno ao deslocar o debate jurídico da simples normatização de condutas para a reflexão sobre os valores que sustentam o cuidado com a vida e o direito de morrer com dignidade. Assim, colocam-se em questão as bases morais, culturais e sociais que legitimam ou rejeitam a eutanásia, evidenciando que decisões sobre o fim da vida envolvem não apenas escolhas individuais, mas também contextos relacionais, vulnerabilidades e responsabilidades coletivas.

Posto isso, a bioética aborda uma vasta gama de conflitos e dilemas relacionados ao ciclo da vida e à morte, enfatizando a questão da finitude e do conceito de morrer dignamente, o que está no cerne da eutanásia. O termo eutanásia, que etimologicamente significa boa morte, refere-se hoje à aceleração do processo de morrer de um paciente, seja por ação ou omissão, com o objetivo de aliviar um sofrimento insuportável (Batista e Schramm, 2008).

O debate bioético atual sobre a boa morte está dividido entre os princípios do respeito à autonomia individual e da sacralidade da vida. O respeito à autonomia tem raízes no Iluminismo, enquanto a sacralidade da vida é um conceito principalmente religioso, com forte influência das tradições judaico-cristãs. Embora para os defensores da sacralidade da vida a eutanásia possa parecer moralmente inaceitável, ela é considerada moralmente justificável em sociedades democráticas, seculares e diversificadas, nas quais o indivíduo é reconhecido como o mais apto a decidir sobre o curso de sua própria vida, incluindo o momento e a maneira de sua morte, desde que tenha a capacidade cognitiva e moral para tomar essa decisão.

A concepção da vida como dom divino e inviolável, ainda predominante em parte das instituições jurídicas e médicas, tende a suprimir outras formas de compreender a existência e seu término. A permanência de uma moral religiosa como base de decisões normativas impõe limites à escuta das experiências concretas de sofrimento, sobretudo daquelas que atravessam corpos enfermos, fragilizados e em condição de dependência. O corpo, sob essa lógica, deixa de ser sujeito de escolha e se transforma em objeto de tutela normativa.

Sob outra perspectiva, a tradição bioética propõe um deslocamento que se afasta das verdades absolutas e se aproxima das singularidades humanas. Como observa Pessini (2004), a bioética reconhece que a dignidade não reside

exclusivamente na preservação biológica da vida, mas na possibilidade de uma existência que conserve sentido até seus últimos instantes. Quando a continuidade da vida se impõe como obrigação, mesmo diante de sofrimento extremo, perde-se a possibilidade de um morrer ético, cuidado e partilhado.

Singer, por sua vez, considera que a sacralidade da vida não pode ser tratada como um princípio absoluto, sobretudo quando entra em conflito com o sofrimento e com o desejo legítimo de interromper uma existência esvaziada de bem-estar. Nesse contexto, o valor da vida se reconfigura: não está mais em sua mera duração, mas nas condições sob as quais ela se desenrola.

Do ponto de vista histórico, Federici contribui ao evidenciar como o controle sobre o corpo e sobre a morte sempre esteve vinculado a dispositivos de poder que atravessam a medicina, o direito e a religião. A recusa ao direito de morrer dignamente insere-se, portanto, em uma lógica mais ampla de negação da autonomia corporal e de silenciamento da experiência individual diante da dor.

Nobrega Filho também alerta para os entraves produzidos pela formação tecnicista e desumanizada de parte dos profissionais da saúde, que frequentemente privilegiam a manutenção da vida a qualquer custo, em detrimento do cuidado integral. O distanciamento entre a prática médica e a escuta ética torna o fim da vida um território de medicalização intensiva, em vez de um espaço de cuidado e reconciliação.

Ao se integrar essas abordagens, percebe-se que a tensão entre a sacralidade da vida e a autonomia individual não pode ser resolvida por categorias rígidas ou dogmáticas. O direito precisa preservar um campo de escolhas profundas, enraizadas nas experiências singulares da existência humana.

A medicina, ao longo dos tempos, tem encarado a morte como sua principal oposição, buscando promover uma vida saudável e prolongar a expectativa de vida. Entretanto, essa abordagem tem sido objeto de críticas por distorcer o processo de enfrentamento da morte, sendo necessário reconhecer a finitude como parte integrante do ciclo natural da vida humana.

Para Nobrega Filho (2010), apesar das medidas adotadas para aprimorar o cuidado médico por meio de reformas legislativas e regulamentares, a situação atual ainda está distante do ideal, em parte devido à escassez de formação humanística entre os profissionais de saúde.

A aplicação da eutanásia é meticulosamente planejada e requer aderência às leis do país de residência do paciente. Um requisito para solicitá-la é que o indivíduo esteja plenamente habilitado a tomar decisões com discernimento. Esse processo envolve etapas complexas que exigem aceitação emocional e elaboração interior, juntamente com uma avaliação detalhada da situação e da condição do paciente.

Ao considerar a eutanásia, é necessário que o paciente compreenda as implicações e consequências de sua escolha, garantindo que se trate de uma decisão verdadeiramente informada. A realização do procedimento só pode ocorrer após uma análise cuidadosa de aspectos éticos e legais, com a participação de profissionais da saúde qualificados e autoridades competentes.

Percebe-se, desta forma, que a ideia da eutanásia surge da necessidade de cessar uma dor, inicialmente física, mas que também consome o psicológico do indivíduo, sem perder de vista o fato de que a pessoa deve estar consciente das escolhas feitas, o que torna o limiar muito delicado. Surge a seguinte discussão a ser feita: até onde a pessoa em sofrimento é capaz de escolher com clareza o momento para a morte, estando ela submetida a um martírio que, na maioria das vezes, é inimaginável às outras pessoas? Até que ponto a autonomia está preservada diante da dor?

De acordo com Silva e Santos (2017), há uma concepção filosófica segundo a qual os médicos deveriam ser instruídos na prática da eutanásia. Essa perspectiva associa a eutanásia à ideia de uma “obstetrícia da alma”, sustentando que, se não for possível conceder a imortalidade ao paciente, ao menos se deve proporcionar-lhe o repouso final, ou seja, a morte. Durante sua campanha no Egito, Napoleão Bonaparte também empregou a eutanásia, administrando doses elevadas de ópio a feridos e pessoas com peste.

No debate sobre os desafios associados à morte, emerge a discussão sobre o processo de falecimento, intimamente entrelaçado com o sofrimento e a qualidade (ou ausência dela) de vida. Um ponto crucial é a convergência entre a finitude e os avanços tecnológicos na manutenção da vida e prolongamento da sobrevivência, suscitando debates sobre eutanásia, distanásia e suicídio assistido. Essa complexidade exige uma compreensão mais ampla da morte para que se possa esboçar adequadamente o problema, tanto em nível individual quanto coletivo.

O envelhecimento crescente da população, observado especialmente no Brasil, implica que mais pessoas estão alcançando a velhice, tornando-se mais

suscetíveis a doenças crônicas e degenerativas, como o câncer, e, conseqüentemente, enfrentando um processo de falecimento mais prolongado e sujeito ao sofrimento. Isso acarreta desafios consideráveis na esfera da saúde pública, incluindo o uso de recursos para o tratamento desses pacientes e a possibilidade de exclusão de um número maior de pessoas da assistência adequada à saúde no momento crucial próximo à morte. Assim, o debate sobre a bioética no fim da vida não se restringe apenas ao âmbito individual, mas se configura como um problema relevante de saúde coletiva (Batista e Schramm, 2004).

A discussão em torno da eutanásia deve considerar uma série de fatores que ultrapassam a compreensão social de muitas sociedades, inclusive da brasileira: a permissão para que alguém morra desafia princípios considerados morais, religiosos e até mesmo éticos, sob o viés de uma sociedade que não possui o autoextermínio como regra e que teme a morte por suas implicações.

De modo ordinário, é possível afirmar que seria um erro observar a eutanásia como um simples suicídio, porque se trata de uma ideia de alívio do sofrimento, usualmente por meios adequados e garantindo toda a dignidade do indivíduo no processo.

Recuperar a percepção da mortalidade nos tempos atuais emerge como uma necessidade urgente, aceitando a noção da finitude e redescobrando suas facetas precisas. Isso implica enfrentar a angústia que perdura no cotidiano das pessoas e compartilhá-la de modo autêntico por meio das interações humanas, que podem enriquecer o indivíduo durante esse momento crucial de sua trajetória.

Desconsiderando aspectos de cunho religioso, é inegável que a morte estabelece um limite à presença física, criando uma sequência de eventos e conferindo um propósito a cada momento da existência. Portanto, torna-se necessário examinar essa questão tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde responsáveis pelo processo quanto da perspectiva do paciente, levando em conta variáveis como a autonomia do enfermo, o direito à informação e a dignidade intrínseca à condição humana.

### 3 BASES PARA A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA NO BRASIL

Falar sobre a morte, especialmente em uma sociedade que valoriza a produtividade e teme o sofrimento, ainda é um desafio. A cultura ocidental, marcada por fortes heranças religiosas e por uma racionalidade técnica, muitas vezes silencia o tema ou o desloca para o ambiente hospitalar, onde a morte acontece longe dos olhos e dos afetos, baseado em Arantes (2016). No entanto, a morte continua sendo uma das experiências humanas mais universais e, ao mesmo tempo, mais solitárias. É nesse contexto que surge a necessidade de refletir, com sensibilidade e coragem, sobre o direito de morrer com dignidade — sobretudo quando a vida se torna sinônimo de dor irreversível e a continuidade da existência já não representa uma escolha livre, mas uma imposição do sistema.

A legalização da eutanásia no Brasil não deve ser compreendida como uma afronta à vida, mas como uma ampliação de direitos e uma resposta ética ao sofrimento humano. Trata-se de reconhecer que viver com dignidade inclui também o direito de decidir sobre o próprio morrer, principalmente em contextos de terminalidade e sofrimento extremo. O que está em jogo não é apenas a permissão legal para antecipar a morte, mas o reconhecimento da autonomia como princípio fundamental da pessoa humana. O debate, portanto, não é sobre abreviar a vida, mas sobre não prolongar a dor de forma desumana, quando já não há possibilidade de reversão ou qualidade de vida.

Para além da perspectiva jurídica, a discussão sobre a eutanásia convoca a sociedade a repensar suas formas de cuidar. Em vez de associar o cuidado apenas ao prolongamento da vida biológica, é preciso compreendê-lo como presença ética, escuta e acolhimento até o fim. Cuidar, nesse horizonte, também é reconhecer o tempo do outro, seus limites e seus desejos. É nesse ponto que a categoria do Bem Viver se apresenta como base fundamental para repensar as práticas de fim de vida no Brasil. Inspirada em cosmovisões que integram o ser humano à coletividade e à natureza, essa concepção propõe uma ética do cuidado que valoriza o vínculo, a dignidade e o equilíbrio, inclusive diante da morte.

Ao olharmos para experiências internacionais, como a da Colômbia já citada, percebemos que é possível construir um caminho legal e ético para a eutanásia, mesmo em sociedades marcadas por tradições religiosas e por estruturas conservadoras. A decisão da Corte Constitucional colombiana e os protocolos

criados pelo Ministério da Saúde daquele país revelam que a legalização da prática pode ser compatível com os direitos fundamentais e com a proteção da vida — entendida não apenas como existência biológica, mas como expressão de liberdade e dignidade. Tais experiências, longe de serem copiadas, podem inspirar o Brasil na construção de políticas públicas que coloquem o sofrimento humano no centro das decisões jurídicas e médicas.

Este capítulo, portanto, propõe-se a apresentar as bases jurídicas, éticas e sociais para a legalização da eutanásia no Brasil. A partir dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da autonomia privada e da laicidade do Estado, busca-se refletir sobre os limites do poder punitivo frente à terminalidade, bem como sobre a necessidade de protocolos que respeitem a pluralidade de crenças e a singularidade das experiências de morte. Legalizar a eutanásia é, antes de tudo, reconhecer que o fim da vida também pode ser vivido com liberdade, afeto e cuidado.

### **3.1 A organização político-social do Brasil**

A compreensão das particularidades do sistema político, das dinâmicas legislativas e dos elementos culturais que permeiam o ordenamento jurídico nacional é indispensável para avaliar a viabilidade da regulamentação da eutanásia no Brasil, bem como os desafios que a envolvem. Tal análise requer uma leitura crítica da articulação entre os poderes da república, das instâncias decisórias e dos fatores socioculturais que influenciam a produção normativa.

A organização político-administrativa brasileira é caracterizada por um modelo Federativo composto por entes autônomos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, regidos por uma Constituição que, promulgada em 1988, consagra um Estado democrático de direito pautado:

(...)

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político (Brasil, 1988).

Os princípios consagrados no art. 1º da Constituição Federal de 1988 constituem os alicerces do Estado democrático de direito brasileiro, conferindo-lhe legitimidade e norteando toda a ordem jurídica. A organização política, social e econômica, bem como a interpretação e a aplicação do Direito, é orientada e legitimadas por eles. São, portanto, expressões dos valores mais elevados que a sociedade brasileira reconhece como essenciais à sua convivência, à promoção da justiça e à preservação das liberdades fundamentais. Ao afirmarem os compromissos ético-políticos que sustentam a República, tais princípios servem de critério para a formulação de políticas públicas, para o controle de constitucionalidade das leis e para o julgamento das condutas estatais e privadas, assegurando a realização de um projeto coletivo voltado ao bem comum, à inclusão e ao respeito à pluralidade.

O princípio da dignidade da pessoa humana é particularmente relevante ao longo desta dissertação, por constituir o eixo normativo a partir do qual se buscará interpretar a compatibilidade entre a eutanásia e os fundamentos constitucionais do Estado brasileiro. Ao se tratar de um direito que envolve a terminalidade da vida, torna-se inevitável avaliá-lo à luz da proibição absoluta da prática, como se encontra no ordenamento jurídico vigente, efetivamente protege ou, ao contrário, compromete a dignidade do sujeito em situação de sofrimento irreversível.

Interessa a esta pesquisa também os direitos fundamentais assegurados no art. 5º da Constituição Federal de 1988, visto que constituem garantias indispensáveis à proteção da pessoa humana e ao funcionamento do Estado; apresentam caráter universal, inalienável, imprescritível e, em regra, irrenunciável, o que significa que são reconhecidos a todas as pessoas pelo simples fato de sua condição humana, não podendo ser suprimidos ou restritos arbitrariamente. . O dispositivo estabelece, de forma expressa, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988, art. 5º, caput).

Em especial, o direito à vida ocupa posição de destaque, figurando como pressuposto para o exercício de todos os demais direitos fundamentais. Ao consagrar que a vida é inviolável, a Constituição estabelece um imperativo categórico que condiciona a interpretação e a aplicação de todo o sistema

normativo, funcionando como barreira contra práticas que possam atentá-la sem fundamento jurídico legítimo (Brasil, 1988).

Ademais, ainda que o direito à saúde esteja explicitamente disciplinado em outros dispositivos constitucionais, o texto constitucional o vincula diretamente à dignidade humana e à promoção do bem-estar. O art. 6º reconhece a saúde como direito social, ao afirmar que “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” (Brasil, 1988, art. 6º).

Complementarmente, o art. 196 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196). Dessa forma, o direito à vida e o direito à saúde, articulados sob o prisma da dignidade da pessoa humana, contribuem para qualquer discussão jurídica que envolva a terminalidade da existência.

Na dogmática jurídica, o direito à saúde é compreendido como um direito fundamental de segunda dimensão, exigível tanto em sua faceta negativa, que impõe ao Estado o dever de não adotar medidas que prejudiquem a saúde da população, quanto em sua faceta positiva, que exige a implementação de políticas públicas efetivas, o fornecimento de tratamentos médicos e o acesso equitativo aos serviços de saúde. Esse entendimento implica a justiciabilidade do direito, permitindo que seja invocado judicialmente em caso de omissão estatal. Para além de seu aspecto assistencial, a saúde é concebida como expressão da dignidade humana, relacionada à qualidade de vida, à autonomia e ao bem viver. Assim, o direito à vida e o direito à saúde, articulados sob o prisma da dignidade da pessoa humana, contribuem para qualquer discussão jurídica que envolva a terminalidade da existência.

Além da Constituição Federal, o Código Civil de 2002 e o Código Penal de 1940 servem como instrumentos normativos que densificam os princípios constitucionais no âmbito das relações privadas e da disciplina da conduta humana. O Código Civil, ao regular os direitos da personalidade, a capacidade civil e as manifestações de vontade, estabelece parâmetros jurídicos para o exercício da autonomia individual, que se revelam particularmente relevantes quando se

discutem escolhas íntimas e existenciais. Por sua vez, o Código Penal organiza a repressão a condutas consideradas atentatórias aos bens jurídicos mais relevantes, estruturando o sistema de responsabilização criminal e definindo limites à liberdade individual quando confrontada com valores coletivos tutelados pelo Estado.

O princípio da autonomia privada, entendido como a capacidade dos indivíduos de regerem livremente seus próprios interesses no âmbito das relações jurídicas, constitui um dos pilares do Direito Civil contemporâneo. Fundamentado na ideia de liberdade individual, esse princípio confere às pessoas o poder de tomar decisões que afetam diretamente sua esfera pessoal e patrimonial, desde que respeitados os limites impostos pelo ordenamento jurídico. Trata-se de uma expressão da dignidade da pessoa humana, pois pressupõe que cada indivíduo é capaz de fazer escolhas conscientes e responsáveis sobre sua vida. Nesse sentido, a autonomia privada oferece uma base relevante para discutir o direito de autodeterminação existencial, especialmente em situações que envolvem decisões sobre a própria vida e a própria morte, como nos casos de recusa de tratamentos médicos, cuidados paliativos e planejamento do fim da vida.

Esse princípio está positivado no Código Civil brasileiro de 2002, especialmente no art. 421, que dispõe que “a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato” (Brasil, 2002). Tal previsão revela a consagração da autonomia privada como expressão da liberdade individual nas relações jurídicas, submetida, contudo, a limites de ordem pública e à proteção de interesses sociais.

Outrossim, trata-se também de um verdadeiro direito fundamental, pois, de acordo com Borges (2005 apud Morando e Castro, 2008), a autonomia pode ser compreendida como o poder atribuído pelo ordenamento jurídico ao indivíduo para que possa reger, com efeitos jurídicos, suas próprias relações, envolvendo tanto dimensões patrimoniais quanto existenciais.

O pacto constitucional brasileiro estabelece ainda a separação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, cada qual com competências próprias, mas interdependentes (Brasil, 1988). A elaboração de leis de âmbito nacional, especialmente aquelas que tratam de direitos fundamentais, compete ao Poder Legislativo Federal, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, que juntos formam o Congresso Nacional.

Diante dessa organização, a proposição de um projeto de lei pode ser realizada por diversos legitimados, entre eles os parlamentares, o Presidente da República, o Supremo Tribunal Federal, os tribunais superiores, o procurador-geral da República, os cidadãos (por meio da iniciativa popular) e os próprios entes federativos. Uma vez apresentado, o projeto tramita nas comissões temáticas da Casa Legislativa de origem, onde é debatido, emendado e, eventualmente, aprovado. Após essa fase preliminar, segue para o plenário, onde deve ser votado. Se aprovado, será encaminhado à outra Casa do Congresso, repetindo-se o processo. Concluído o trâmite nas duas Casas, o projeto é enviado ao Presidente da República, a quem cabe sancionar ou vetar, total ou parcialmente, a proposição. Caso haja veto, o Congresso poderá deliberar sobre sua manutenção ou rejeição (Brasil, 1988).

Compreender esse percurso legislativo é fundamental para o debate sobre o direito à morte digna no Brasil, pois a efetivação desse direito demanda a criação de um marco legal próprio que o reconheça de forma clara, segura e constitucionalmente adequada. Embora existam debates bioéticos, decisões judiciais pontuais e práticas paliativistas que tangenciem o tema, a ausência de uma lei específica sobre eutanásia gera insegurança jurídica tanto para profissionais da saúde quanto para os próprios pacientes. Assim, a construção de uma legislação que regulamente a autodeterminação no fim da vida deve passar por esse processo democrático e técnico de elaboração normativa, exigindo articulação entre os poderes, diálogo com a sociedade civil e sensibilidade dos legisladores diante das demandas por autonomia, dignidade e respeito à terminalidade da existência.

O Brasil mantém uma sociedade fortemente marcada por valores cristãos, sobretudo católicos e evangélicos, o que exerce significativa influência sobre a formação de normas e mentalidades coletivas. Segundo dados oficiais do Censo Demográfico de 2022, conduzido pelo IBGE, 56,7 % da população com 10 anos ou mais declarou-se católica apostólica romana, exibindo uma queda de 8,4 pontos percentuais desde 2010. Já os evangélicos representam 26,9 % dos brasileiros, com acréscimo de 5,2 pontos percentuais no mesmo período. Embora o contingente sem religião também tenha apresentado crescimento, alcançando 9,3 % em 2022, permanece minoritário em comparação ao universo cristão (Brasil, 2022).

A forte presença da religião na esfera pública brasileira, especialmente do cristianismo em suas vertentes católica e evangélica, molda valores sociais, a

estrutura social, em grande medida, a própria dinâmica política. Como aponta Dos Santos Duarte (2013), o cenário contemporâneo revela um ambiente de disputa entre agentes laicos, defensores de uma agenda pautada pelos direitos humanos e pela diversidade, e grupos religiosos que reivindicam a imposição de valores morais considerados absolutos.

Nesse contexto, a existência de uma bancada evangélica no Congresso Nacional não se configura como uma exceção ou como uma anomalia institucional, mas como resultado de uma cultura política atravessada por convicções religiosas compartilhadas por grande parte da sociedade. A presença religiosa na política se justifica pelo respaldo popular e também opera como uma força que tenta redefinir o espaço público, promovendo uma moral civilizatória que não admite relativizações. Isto é, uma moral baseada na dicotomia entre o certo e o errado, entre os retos e os ímpios, conforme os preceitos da fé cristã dominante.

Conforme observado por Giumbelli (2002) e Mariano (2011), a religião deixa o espaço privado e se lança sobre o campo institucional com o objetivo de influenciar a produção legislativa, transformando a laicidade do Estado em um conceito cada vez mais instável. A atuação da Frente Parlamentar Evangélica, conforme demonstrado por Dos Santos Duarte (2013), ilustra como valores religiosos têm sido mobilizados como fundamentos de legalidade, dificultando o reconhecimento de direitos que contrariem os princípios da maioria moral, sobretudo no que diz respeito a temas ligados ao corpo, à sexualidade, à autonomia individual e à morte. Esse fenômeno revela não apenas uma tensão entre o princípio constitucional da laicidade e a realidade política nacional, mas, também a necessidade de refletir criticamente sobre os limites da democracia quando os direitos de grupos minoritários são sistematicamente subordinados às convicções da maioria religiosa.

Apesar de serem minoria, cabe salientar também as religiões de uma forma geral encaram a questão da eutanásia. Entre as tradições religiosas, o cristianismo, especialmente a Igreja Católica, apresenta posicionamento claro e formalizado em relação à eutanásia. De acordo com o Catecismo da Igreja Católica (n.º 2277): “A eutanásia, qualquer que seja a sua forma e fins, constitui um assassinato. É gravemente contrária à dignidade da pessoa humana e ao respeito pelo Deus vivo, seu Criador.”

Ainda que admita a recusa de tratamentos desproporcionais, identificada como ortotanásia, não reconhece a eutanásia ativa, definindo-a como forma de

homicídio, incompatível com a dignidade humana e a soberania divina no ciclo da vida. Outras confissões, tais como o judaísmo ortodoxo e o islamismo, adotam posição similar: ambos consideram que apenas Deus detém autoridade sobre a duração da vida, o que impede qualquer prática que antecipe a morte deliberadamente. Como afirma o Catecismo da Igreja Católica (2279): “Mesmo quando a morte é considerada iminente, os cuidados comumente devidos a uma pessoa doente não podem ser legitimamente interrompidos. O emprego de analgésicos para aliviar os sofrimentos do moribundo, ainda que com o risco de abreviar seus dias, pode ser moralmente conforme à dignidade humana se a morte não é desejada, nem como fim nem como meio, mas somente prevista e tolerada como inevitável. Os cuidados paliativos constituem numa forma privilegiada de caridade desinteressada. Por essa razão, devem ser encorajados”.

De acordo com Braga (2013), tradições como o hinduísmo, o budismo e as religiões afro-brasileiras revelam maior pluralidade interna: embora predominem visões contrárias à eutanásia, em certos contextos, como a busca pelo alívio de sofrimento intenso ou o respeito à individualidade espiritual, podem admitir, do ponto de vista ético, a limitação de tratamentos extraordinários. Já o espiritismo kardecista rejeita a prática, considerando-a obstáculo ao desenvolvimento espiritual natural do indivíduo. Esse mosaico de crenças fortalece a compreensão de que a regulamentação de práticas relativas ao fim da vida encontra-se profundamente imbricada às visões religiosas dominantes, dificultando alterações legais que esbarrem em entendimentos tradicionais sobre a sacralidade da existência.

A construção de um marco jurídico para o direito à morte digna no Brasil exige um olhar sensível e plural, capaz de considerar tanto os fundamentos constitucionais que sustentam a dignidade da pessoa humana, a autonomia privada e o direito à saúde, quanto os elementos culturais, éticos e religiosos que historicamente moldaram a compreensão da vida e da morte na sociedade brasileira. O sistema jurídico nacional, embora formalmente laico, não está imune à influência de valores religiosos profundamente enraizados na tradição ocidental cristã, que, em muitos casos, defendem a sacralidade da vida como um bem indisponível, independentemente das condições de sofrimento ou terminalidade.

Essa perspectiva religiosa, embora legítima do ponto de vista moral e individual, não pode ser imposta como parâmetro absoluto para as decisões do Estado em matéria de direitos fundamentais. A laicidade constitucional brasileira

implica o dever de neutralidade diante das crenças, assegurando a cada indivíduo a liberdade de consciência e de escolha — inclusive no que diz respeito ao fim da própria vida, desde que dentro dos limites jurídicos estabelecidos. Assim, o desafio do ordenamento jurídico é equilibrar a proteção à vida com o reconhecimento da autonomia existencial, especialmente nos contextos em que a manutenção da vida biológica se torna, na prática, uma forma de prolongar o sofrimento de modo desproporcional e desumano.

### **3.2 A morte retratada nas expressões literárias e audiovisuais brasileiras**

A morte, enquanto experiência humana universal, tem sido recorrentemente explorada pela literatura, pelo cinema e pela música brasileiras, reforçando a diversidade cultural do país e as múltiplas formas de compreender o fim da vida e seus significados.

Na literatura, destaca-se o tratamento sofisticado e, por vezes, filosófico da morte por autores como Machado de Assis (1998), que, em *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, uma das mais famosas obras brasileiras, inaugura uma narrativa conduzida por um narrador defunto, ironizando convenções sociais e relativizando a própria existência: “Não tive filhos, não transmiti a nenhuma criatura o legado da nossa miséria.” (Machado de Assis, 1988, p.140). O olhar cético e quase lúdico para o além evidencia uma postura que tanto reflete o desencanto machadiano quanto tensiona o medo da morte, propondo uma reflexão sobre o vazio ou a continuidade do ser.

Ao narrar sua história do ponto de vista de além-túmulo, Brás Cubas subverte o paradigma cristão tradicional do juízo final e da expectativa de redenção. Não há, no romance, preocupação com penitências ou com a salvação da alma, tampouco referências consolidadoras ao céu ou ao inferno. Pelo contrário, o defunto-autor assume uma posição que Schwarz (199) caracteriza como “fria e desencantada”, que lhe permite desnudar a sociedade brasileira do século XIX, revelando seus ridículos e contradições sem o véu da moralidade religiosa. Assim, a morte é tratada como ponto de vista privilegiado para escancarar a futilidade das ambições humanas, e não como passaporte para a eternidade, o que evidencia um desvio radical em relação à tradição católica dominante.

Bosi (1994), por sua vez, observa que a morte, na obra, serve como expediente literário para construir um narrador “desprevenido das vaidades terrenas”, que olha o mundo dos vivos com superioridade irônica, quase cruel, mas não necessariamente sábia ou redimida. Isso reforça a ideia de que Machado usa o além não para afirmar certezas metafísicas, mas para aprofundar o absurdo da existência. O que resta ao fim é um balanço de fracassos, sintetizado no famoso capítulo “O delírio”, em que Brás Cubas delira febrilmente sobre a invenção do emplasto que salvaria a humanidade da dor, para depois morrer sem ter realizado nada substancial. Assim, *Memórias Póstumas de Brás Cubas* articula morte, humor e filosofia, revelando um Brasil impregnado por valores cristãos.

No cinema, a morte aparece ora naturalizada, ora ritualizada, integrando-se a valores comunitários e às formas culturais de elaborar a perda, a ausência e a memória. A linguagem cinematográfica, ao representar a finitude humana, projeta sobre ela os traços culturais, afetivos e simbólicos de determinada coletividade, tornando a morte não apenas um acontecimento biológico, mas também uma experiência socialmente mediada e esteticamente elaborada.

Trata-se, portanto, de um fenômeno que, quando retratado nas telas, revela modos distintos de percepção da vida e do fim, os quais estão entrelaçados a visões de mundo, tradições religiosas, concepções filosóficas e práticas sociais. O cinema, nesse sentido, dramatiza a morte e a reinscreve em diferentes tramas narrativas que tensionam o individual e o coletivo, o íntimo e o público, o trágico e o poético.

No filme *Central do Brasil* (1998), dirigido por Walter Salles, a morte do pai biológico do menino Josué ocorre antes mesmo do início da narrativa fílmica, sendo narrada e não mostrada, o que confere à ausência uma dimensão estruturante na tessitura simbólica da obra (Bona, 2007). A morte, aqui, não é espetacularizada, mas introjetada nos gestos, silêncios e deslocamentos das personagens. Funciona como o motor da jornada, conferindo-lhe sentido e impulso: é a perda que inaugura o movimento. Josué, criança órfã de pai e negligenciada pela ausência da mãe (também morta pouco depois), encontra em Dora, ex-escrevente de cartas na estação Central do Brasil, uma figura materna relutante, mas progressivamente afetada pelo vínculo que se estabelece durante a viagem em busca dos irmãos do menino.

A ausência paterna, materializada por cartas não entregues, que simbolizam tanto a desconexão quanto a possibilidade de reconciliação, torna-se presença

fantasmática que assombra e orienta os percursos emocionais das personagens. Conforme Bona (2007), a ausência carregada de sentido opera como elemento performativo: embora o pai não apareça fisicamente, sua morte reverbera em cada cena como força invisível que conduz o enredo. A trajetória dos protagonistas pelo sertão nordestino configura-se, assim, como ritual simbólico de luto, memória e reconfiguração subjetiva. Ao atravessarem geografias externas — cidades, estradas, povoados —, Dora e Josué também atravessam paisagens internas marcadas pela dor, pela culpa, pela esperança e pela reconstrução de vínculos.

A morte, nesse contexto, adquire uma dimensão profundamente ética e existencial. Ela não encerra, mas inaugura; não paralisa, mas impele ao movimento. O silêncio em torno da figura do pai morto é eloquente, permitindo ao espectador refletir sobre as múltiplas formas de lidar com a perda em um país marcado por desigualdades sociais, ausências institucionais e desagregações familiares.

A morte, enquanto ausência transformadora, torna-se uma via possível de elaboração identitária, tanto para Josué (em busca de pertencimento) quanto para Dora (em processo de resignificação de si). Em vez de representar o fim definitivo, a morte é transfigurada em possibilidade de reconstrução subjetiva, familiar e comunitária.

Já *O Auto da Compadecida* (2000), dirigido por Guel Arraes e baseado na peça homônima de Ariano Suassuna, apresenta uma abordagem radicalmente distinta da morte, ao inseri-la no universo cômico, simbólico e profundamente religioso do sertão nordestino.

Para Da Silva e Luiz (2024), o filme ressignifica a morte a partir das tradições culturais populares, amalgamando oralidade, misticismo, catolicismo e crítica social. Aqui, a morte não é silenciosa nem trágica, mas, ao contrário, ruidosa, performática e permeada por ironia e teatralidade. Sua representação é atravessada por elementos do realismo fantástico e da literatura de cordel, caracterizando uma dramaturgia que combina o sagrado e o profano, o trágico e o burlesco, numa estrutura narrativa em que o além-morte se configura como um espaço de julgamento moral e mediação ética.

No plano narrativo, a morte funciona como ponto de inflexão que desloca a história da comédia de costumes regional para o plano metafísico da justiça celestial. O julgamento das almas no pós-morte, conduzido por figuras como o Diabo, Jesus Cristo e a Nossa Senhora (chamada “Compadecida”) transforma-se

em encenação didática e espirituosa, na qual personagens como Chicó e João Grilo, representantes arquetípicos do povo pobre, criativo e marginalizado, negociam seu destino final diante das autoridades celestes (Da Silva e Luiz, 2024). A *mise-en-scène* do juízo final assume contornos de auto sacramental popular, resgatando estruturas do teatro medieval ibérico, adaptadas ao contexto nordestino brasileiro. O cenário pós-morte, longe de ser um ambiente de angústia existencial, revela-se um palco onde se expõem, com humor e sagacidade, as injustiças terrenas e os dilemas morais universais.

Nesse universo simbólico, a morte cumpre função pedagógica: seu tratamento leve e cômico não reduz sua importância, mas a torna mais acessível e reflexiva, promovendo uma ética da compaixão e da esperança. Ao colocar ricos e pobres, poderosos e oprimidos diante do mesmo tribunal divino, o filme subverte hierarquias sociais e propõe uma justiça transcendente que corrige as desigualdades impostas pela vida.

A figura da *Compadecida*, como encarnação da misericórdia divina, intervém em favor dos mais frágeis, humanizando o julgamento e valorizando as experiências e intenções daqueles que, na vida, enfrentaram privações e humilhações. A morte, nesse contexto, não é aniquiladora, mas reveladora: é no confronto com ela que as verdadeiras dimensões do caráter humano se manifestam.

Essas duas obras ilustram como o cinema brasileiro dialoga com diferentes concepções da morte, seja pela via intimista e afetiva, como em *Central do Brasil*, seja pela via cômica e alegórica, como em *O Auto da Compadecida*, ambas revelando camadas profundas da sensibilidade e do imaginário social brasileiro diante do fim da vida.

Enquanto em *Central do Brasil* a morte é silenciosa e propulsora de uma jornada interior, marcada pela ausência e pela busca de pertencimento, em *O Auto da Compadecida* ela é ruidosa, espetacular e pedagógica, sendo abordada como ritual cênico que afirma a esperança na misericórdia e na justiça transcendentes. Em ambos os casos, o cinema nacional revela-se capaz de expressar, com sofisticação estética e densidade simbólica, modos plurais de sentir, narrar e reelaborar a finitude humana.

Na música popular brasileira, a temática da morte assume matizes diversas e complexas, oscilando entre o lamento, a denúncia social, a meditação existencial e, em alguns casos, até mesmo a celebração da vida que se esvai. Como linguagem

estética e afetiva, a música opera tanto como instrumento de elaboração do luto quanto como meio de expressão política e filosófica, revelando as múltiplas formas de vivenciar e representar o fim. Em *Funeral de um lavrador*, canção de Chico Buarque composta a partir do poema homônimo de João Cabral de Melo Neto, a morte é tratada de maneira crua e contundente, expondo as camadas de desigualdade que perpassam a existência do trabalhador rural.

O lavrador, que em vida foi despossuído de tudo: da terra, do alimento, do descanso, precisa ainda “pagar o aluguel da cova” para garantir um lugar onde repousar após a morte. A canção, ao denunciar a persistência da injustiça social até mesmo no momento final da vida, revela um país em que a dignidade humana é negada não apenas em vida, mas também na morte. O tom seco, quase litúrgico, da composição amplia o alcance simbólico da denúncia, colocando em xeque qualquer romantização do morrer.

Em contraste, *O Mundo é um Moinho*, de Cartola, desloca a morte do campo literal para o metafórico, apresentando uma visão melancólica e profundamente humana da perda, não do corpo, mas dos sonhos, da juventude e da esperança. A canção, escrita como uma advertência amorosa, revela a finitude das ilusões diante da dureza da vida: “Em cada esquina cai um pouco a tua vida”. Trata-se de uma morte simbólica, cotidiana e inevitável, marcada pelo esfacelamento progressivo do sujeito diante das frustrações da realidade.

O moinho do título não tritura corpos, mas expectativas, idealizações e afetos, uma metáfora poderosa sobre o desgaste da experiência vivida. A morte, aqui, não é ruptura repentina, mas processo contínuo de erosão do ser, traduzido em versos que condensam sabedoria amarga e ternura resignada. A canção expressa o trágico silencioso que habita a existência comum, conferindo-lhe densidade poética e universalidade.

O mosaico artístico formado por músicas como *Funeral de um lavrador* e *O Mundo é um Moinho* ilustra, assim, que a morte, no imaginário brasileiro, é atravessada por diferentes camadas de significação: ela pode ser injustiça histórica, mas também metáfora existencial; pode revelar a violência das estruturas sociais, mas também oferecer espaço para a reflexão sensível sobre a condição humana. Ao entrelaçar estética e política, emoção e crítica, as canções se configuram como formas de resistência simbólica à morte silenciosa, permitindo que a memória, a voz e o afeto permaneçam ativos para além do desaparecimento físico.

Essa pluralidade de sentidos atribuídos à morte na música evidencia que, no Brasil, ela não é concebida apenas como fim biológico, mas como construção cultural que entrelaça dor, crítica, transcendência e sobrevivência simbólica. A arte musical, tal como a literatura e o cinema, constitui espaço privilegiado para a elaboração coletiva do sentido do morrer, permitindo que diferentes classes sociais, visões de mundo e afetos encontrem expressão e ressonância.

Enquanto algumas canções denunciam o caráter estruturalmente desigual da morte, outras transfiguram a perda em meditação íntima sobre o tempo e o amor, revelando um repertório cultural que não se furta ao enfrentamento da finitude, mas o reelabora por meio da linguagem artística.

O panorama cultural é fundamental para pensar o tema da morte digna no Brasil, pois evidencia que a morte, antes de ser um acontecimento exclusivamente médico ou jurídico, é uma experiência existencial e simbólica profundamente enraizada na cultura brasileira. A forma como a sociedade interpreta, representa e elabora a morte por meio da literatura, do cinema e da música revela valores, medos, esperanças e contradições que também influenciam (direta ou indiretamente) a maneira como lidamos, social e legalmente, com o morrer.

As obras analisadas demonstram que a morte é atravessada por questões de classe social, religiosidade, afetividade, justiça, desigualdade e transcendência, oferecendo um retrato complexo e multifacetado da forma como os brasileiros a percebem. Em *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, por exemplo, a ironia com que a morte é tratada desestabiliza a visão tradicional cristã da finitude, enquanto *Central do Brasil* e *O Auto da Compadecida* revelam o impacto social, ético e espiritual da morte no cotidiano do povo — especialmente dos mais pobres e marginalizados.

Essas narrativas expõem que não há uma única maneira de morrer no Brasil, assim como não há uma única forma de encarar o fim da vida. Enquanto uns têm acesso ao luto, ao cuidado e à memória, outros mal conseguem garantir um enterro digno, como revela a canção *Funeral de um lavrador*. Essa desigualdade na morte reflete, na verdade, a desigualdade na vida, e desafia o direito a pensar a dignidade como valor que deve ser garantido até o fim — inclusive por meio de políticas públicas que regulamentem práticas como os cuidados paliativos, a ortotanásia e a autodeterminação do paciente terminal.

Compreender as representações culturais da morte permite, assim, aprofundar o debate jurídico e bioético, ao reconhecer que a morte digna não pode

ser reduzida a um protocolo médico ou a uma cláusula legal. Ela precisa ser pensada a partir da realidade concreta, das sensibilidades populares, das desigualdades estruturais e das múltiplas formas de viver e morrer no Brasil. A cultura, portanto, oferece ao direito subsídios simbólicos e críticos para que ele formule normas mais justas, humanas e sensíveis à pluralidade de vivências que marcam o processo de morrer

### **3.3 A discussão sobre eutanásia atualmente no ordenamento jurídico brasileiro**

Diante da persistência de uma perspectiva tradicional sobre a vida e a morte, não causa surpresa o fato de que a eutanásia ainda não seja legalizada no Brasil. O debate permanece restrito a campos ético-jurídicos, permeados por influências culturais conservadoras, religiosas e sociais que reforçam a valorização da vida como princípio inviolável, como demonstrado até este ponto. A antecipação da morte, mesmo em situações de sofrimento extremo, tende a ser rejeitada por amplos setores da sociedade brasileira, o que dificulta avanços normativos nessa temática.

Como mencionado anteriormente, a vida possui *status* de valor jurídico supremo, sendo compreendida como direito fundamental absoluto, base que sustenta toda a estrutura constitucional e institucional do Estado. Conforme preceitua o artigo 5º, caput, da Constituição Federal de 1988, o direito à vida figura entre as cláusulas pétreas, o que impede sua supressão mesmo via emenda constitucional. A proteção à vida, portanto, não se limita ao reconhecimento formal, mas perpassa toda a lógica do sistema jurídico, pois sem ela não seria possível o exercício de qualquer outro direito, seja ele civil, político ou social.

O Código Penal Brasileiro, instituído pelo Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, sofreu significativa alteração em sua Parte Geral por meio da Lei nº 7.209/1984, que reformulou temas como culpabilidade, aplicação da pena, concurso de crimes e outros fundamentos da dogmática penal. No entanto, não houve qualquer inclusão específica sobre a eutanásia, mantendo-se um silêncio normativo que gera incertezas jurídicas e controvérsias doutrinárias a respeito do seu enquadramento penal. Diante da lacuna, a prática da eutanásia continua a ser tratada com base nos tipos penais já existentes.

A interpretação dominante no direito penal brasileiro é que, na ausência de autorização legal, qualquer ato de terceiro que provoque a morte de outrem, ainda que com o consentimento da vítima e movido por compaixão, configura crime de homicídio, nos termos do artigo 121 do Código Penal, que dispõe: “Matar alguém: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos.”

Contudo, o próprio artigo prevê, em seu parágrafo primeiro, uma hipótese de diminuição de pena, que pode ser aplicada a certos casos de eutanásia quando o agente age por motivos considerados moralmente relevantes. O dispositivo assim dispõe:

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

A cláusula atenuante pode ser invocada na doutrina penal como base para reconhecer o chamado homicídio eutanásico privilegiado, em que se admite a redução da pena em razão do movimento compassivo que motivou o ato. A própria Exposição de Motivos da Reforma Penal de 1984, no item 39, corrobora essa interpretação ao afirmar:

Por “motivo de relevante valor social ou moral”, o anteprojeto entende significar o motivo que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática, como por exemplo, a compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima (caso de homicídio eutanásico), a indignação contra um traidor da pátria etc.

Além do art. 121, outro dispositivo que poderia, em tese, ser cogitado na análise da eutanásia é o artigo 122, que trata do auxílio ao suicídio. No entanto, sua aplicação é limitada, pois exige que o ato final, ou seja, a concretização da morte, seja praticado pela própria vítima, o que exclui os casos em que o terceiro realiza diretamente a ação letal. Eis o teor do artigo:

Art. 122 – Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma;

ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Como se observa, o artigo 122 abrange quem auxilia, instiga ou induz, mas não quem realiza o ato final de matar, o que reforça a tese de que a eutanásia, no

ordenamento jurídico atual, se insere no tipo penal de homicídio (art. 121), com eventual possibilidade de enquadramento como homicídio privilegiado, a depender das circunstâncias do caso.

Cabe destacar que, no Brasil, o suicídio em si não é crime, tampouco a tentativa de suicídio, em consonância com a compreensão de que tais condutas geralmente estão relacionadas a sofrimento psíquico profundo e não devem ser tratadas pelo sistema penal. Todavia, qualquer forma de colaboração ativa de terceiros na realização do ato suicida, inclusive por compaixão, permanece criminalizada conforme o art. 122.

Nesse cenário, em que a vida é protegida com rigor e tratada como valor jurídico absoluto, surge a necessidade de ampliar o olhar sobre a experiência humana em sua totalidade, o que inclui, inevitavelmente, o fim da vida. A rigidez da proteção normativa não deve impedir que se reconheça a finitude como parte inerente da existência e que se considerem os desafios éticos, afetivos e sociais que permeiam o processo. Ao lado da proteção à vida, cresce a compreensão de que o morrer com dignidade também deve ser objeto de atenção no campo dos direitos fundamentais, não como oposição, mas como desdobramento do próprio princípio da dignidade da pessoa humana.

A morte integra de maneira inescapável o ciclo da vida e demanda uma ressignificação social, o que implica reconhecer seus contornos e aceitá-la como parte legítima da experiência humana, tarefa essencial para um convívio menos traumático, conforme enfatiza Arantes (2016). Nesse sentido, a educação para a morte digna emerge como estratégia ética e pedagógica capaz de humanizar o cuidado e fortalecer a solidariedade nos vínculos afetivos.

À luz dessa perspectiva, torna-se imperioso rejeitar a noção de que o direito à vida deva transformar-se em imposição de suportar o sofrimento atroz. O Estado não pode converter a proteção da vida em obrigação de suportar, mesmo quando tal prolongamento não mais agrega valor existencial. Silva et al. (2022) observam que a liberdade de viver e de morrer quando exercida com plena consciência, configura desdobramento inerente à dignidade da pessoa humana, especialmente em contextos de doença terminal. De modo semelhante, Sá (2001, p. 66) lembra que “morrer é tão natural quanto nascer”, e que a incerteza sobre o que vem a seguir não autoriza a recusa da possibilidade de partir com serenidade.

Em outubro de 2024, viveu-se um episódio marcante na discussão sobre dignidade e autonomia no final da vida, protagonizado pelo escritor, poeta e membro da Academia Brasileira de Letras, Antônio Cícero<sup>23</sup>, então com 79 anos. Diagnosticado com mal de Alzheimer, ele viajou à Suíça, onde a prática de suicídio assistido (embora comumente chamada de “eutanásia”) é legalmente permitida. Instalado em Zurique acompanhado de seu companheiro de longa data e com apoio da clínica Dignitas, Cícero optou por interromper sua vida após afirmar que sua existência se tornara “insuportável”, tendo perdido a capacidade de lembrar desde eventos remotos até acontecimentos recentes, e reconhecendo sua lucidez diante da deterioração que o acometia.

Antes de realizar o procedimento, ele redigiu uma carta, compartilhada com amigos íntimos, na qual afirmou estar “prestes a praticar eutanásia”, e explicou: “não me lembro sequer de algumas coisas que ocorreram não apenas no passado remoto, mas mesmo de coisas que ocorreram ontem... não consigo mais escrever bons poemas nem bons ensaios de filosofia... não consigo me concentrar nem mesmo para ler, que era a coisa de que eu mais gostava no mundo” . Ao invocar seu ateísmo e sua convicção pessoal, Cícero declarou: “quem decide se minha vida vale a pena ou não sou eu mesmo”, ressaltando a autonomia de escolher “morrer com dignidade” .

A carta reverberou nacionalmente, provocando intensos debates sobre o valor da decisão autônoma em face do sofrimento, especialmente em contextos de doenças neurodegenerativas incuráveis e progressivas. Não se trata aqui de banalizar a vida ou institucionalizar a morte, mas de reconhecer que há casos em que prolongar a existência representa uma forma de tortura contemporânea, travestida de cuidado. Em vez de proteger a vida, o Estado, ao negar o direito à eutanásia em condições excepcionais, protege apenas a subsistência biológica, mesmo que isso custe a sanidade, a integridade e o desejo do próprio sujeito. Nesses casos, o direito à vida não pode ser tratado como um dever de viver, sob pena de transformar o Estado em violador da dignidade que se propõe a garantir.

A doutrina constitucional enraíza essa proteção na história cultural e ética do Direito. José Afonso da Silva, referência incontestada, sustenta que a vida deve ser

---

23

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-10/morte-de-antonio-cicero-reacende-debate-sobre-eutanasia>

vista como valor fundamental, matriz de toda normatividade e sustentáculo da cidadania. Já Luciana Dadalto enfatiza que, embora inviolável, o direito à vida coexiste e interage com outros direitos fundamentais, especialmente com o princípio da dignidade da pessoa humana, o que exige uma interpretação compatibilizadora (Lima, 2018).

Como já abordado, a Colômbia apresenta um exemplo emblemático na América Latina no que diz respeito à regulamentação da eutanásia, cuja Corte Constitucional reconheceu o direito à morte digna como uma expressão legítima da autonomia do paciente, permitindo a despenalização da eutanásia voluntária em casos específicos. Tal decisão confrontou o dispositivo penal que previa o homicídio piedoso, afirmando que “sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana”, evidenciando que a proteção da vida, embora constitucionalmente assegurada, não é absoluta e deve respeitar os limites impostos pela dignidade e autonomia do indivíduo.

O respeito à autonomia não se limita ao reconhecimento legal de escolhas pessoais, mas funciona como um freio moral e jurídico a intervenções externas indevidas. A dignidade humana encontra-se intrinsecamente vinculada à autonomia, pois retirar o poder de decisão de um sujeito, salvo em casos de incapacidade, equivale a violar sua dignidade, especialmente em situações de vulnerabilidade. Simultaneamente, a dignidade da pessoa humana, consagrada no art. 1º, III, da Constituição Federal, não se limita ao reconhecimento abstrato da existência, mas abrange a possibilidade de autodeterminação, de acordo com as próprias convicções e valores (Lima, 2018).

Esse entendimento é reforçado pela doutrina, segundo Lima (2018), a autonomia da vontade e a dignidade compõem a base para discussão sobre o direito de morrer com dignidade, permitindo que a intervenção estatal não transforme a vida imposta em tortura ou sofrimento desnecessário. Já o jurista Reale (2010) reforça que a dignidade implica respeito à realização pessoal conforme a natureza e o contexto histórico do indivíduo, o que envolve o reconhecimento de decisões existenciais, mesmo sobre o fim da vida.

Carolina Arruda, uma jovem mineira diagnosticada com neuralgia do trigêmeo bilateral (uma condição neuropática rara e conhecida como “a pior dor do mundo”), convive há mais de 12 anos com dores paroxísticas intensas no rosto, equivalentes a choques elétricos, que se mantêm mesmo após diversas tentativas de tratameto.

Em 2024, sua história ganhou repercussão nacional quando ela lançou uma campanha para custear suicídio assistido na Suíça<sup>24</sup>, motivada pela ausência de alívio efetivo apesar de seis cirurgias (incluindo implante de neuroestimuladores e bomba de morfina) e outros métodos paliativos.

Com a exposição, foi convidada a se tratar na Clínica da Dor da Santa Casa de Alfenas, onde passou por coma induzido, infusão intratecal de morfina, ketamina e lidocaína, além de procedimentos neuromodulatórios. Mesmo diante dessas medidas, Carolina afirmou não ter desistido da eutanásia, mas destacou que sua motivação principal não era pôr fim à vida, e sim interromper o sofrimento “insuportável”. Em junho de 2025, sob anestesia profunda, ela foi submetida a coma induzido como esforço extremo para “resetar” a resposta cerebral aos analgésicos.

O caso de Carolina possibilita o aprofundamento desta discussão ao trazer à tona uma situação concreta que tensiona os limites do ordenamento jurídico e dos direitos fundamentais. Trata-se de uma mulher jovem que, mesmo após submeter-se à maior parte dos tratamentos médicos disponíveis, continua a conviver diariamente com uma dor classificada pela literatura médica como uma das piores do mundo, o que compromete de modo severo a sua qualidade de vida. A intensidade e a constância do sofrimento experimentado por Carolina revelam a dimensão existencial do problema, que transcende o campo estritamente biológico e alcança a esfera dos direitos fundamentais à saúde, à liberdade e, sobretudo, à dignidade da pessoa humana.

Esse quadro clínico impede Carolina de manter um ritmo de vida ativo, dificultando até mesmo a realização de atividades simples e corriqueiras, como andar de bicicleta, praticar exercícios leves ou exercer plenamente seu convívio social. A dor extrema e persistente a relega a uma existência marcada por limitações físicas, emocionais e psicológicas, que minam progressivamente sua autonomia e sua perspectiva de bem-estar. Sob essa ótica, o conceito de Bem Viver, já anteriormente abordado nesta dissertação, mostra-se um importante referencial para problematizar a experiência de Carolina, pois enfatiza uma vida que seja plena de sentido, integrada à coletividade e comprometida com o respeito ao corpo e ao projeto individual de felicidade.

---

<sup>24</sup><https://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2024/12/31/pior-dor-do-mundo-saiba-como-esta-carolina-arruda-e-relembre-tratamentos-realizados-para-aliviar-sintomas-da-neuralgia-do-trigemeo.ghtml>

Entretanto, a realidade enfrentada por Carolina escancara não apenas o drama pessoal da dor sem alívio, mas também as barreiras estruturais impostas pelo Estado brasileiro, que se recusa a possibilitar alternativas para a terminalidade assistida da vida, restringindo, de forma absoluta, qualquer prática que envolva a eutanásia. Em consequência, apenas pessoas com recursos financeiros elevados conseguem buscar em outros países (onde há regulamentação específica e protocolos médicos para tais situações) o exercício de uma escolha informada sobre o próprio fim, mediante procedimentos legalmente autorizados. Esta seletividade revela uma face cruel da desigualdade social, pois transforma o direito de decidir sobre a própria existência, em condições extremas, em um privilégio reservado a quem dispõe de patrimônio suficiente para custear deslocamentos internacionais e tratamentos fora do país.

Evidencia-se como a negativa estatal em regular ou mesmo debater com seriedade a eutanásia acaba por restringir, na prática, o direito à autodeterminação e ao Bem Viver, deixando à margem aqueles que não possuem condições econômicas para buscar alternativas no exterior. Revela-se, assim, um paradoxo: o ordenamento jurídico, ao interditar por completo a possibilidade de pôr fim a um sofrimento intolerável, mantém formalmente a proteção da vida, mas compromete, de maneira substancial, a dignidade, a liberdade e a igualdade material entre os indivíduos.

No caso de Carolina, essa lógica torna-se particularmente evidente. Mesmo contando com o suporte do Sistema Único de Saúde para alguns tratamentos, Carolina e sua família são obrigadas a arcar com medicamentos de alto custo e terapias específicas que não estão disponíveis na rede pública, revelando como o cuidado, em situações de doenças complexas e incapacitantes, acaba sendo deslocado para a esfera doméstica. Isso significa que o peso do cuidado recai, quase sempre, sobre os familiares, que assumem não apenas os encargos econômicos, mas também a gestão emocional e física do sofrimento.

Como discutem Federici (2017) e Tronto (2013), trata-se de um fenômeno historicamente estruturado, no qual o trabalho de cuidado é invisibilizado e tratado como responsabilidade privada, afastando-o do campo da justiça social e das obrigações estatais. Essa realidade implica não apenas o comprometimento da renda familiar, pois muitas vezes um parente precisa deixar o mercado de trabalho para oferecer cuidado integral, mas também perpetua a vulnerabilidade econômica e emocional do núcleo familiar. Assim, fica evidente que, ao não reconhecer o cuidado

como prática política e coletiva, o Estado transfere às famílias o ônus de garantir o Bem Viver e o bem morrer, transformando o que deveria ser direito em um fardo que amplia desigualdades e restringe, de forma concreta, a autonomia existencial de quem sofre.

O caso anterior também traz a necessidade de pontuar a autonomia à eutanásia exige rigor metodológico. Beauchamp e Childress (2001) sublinham que essa autonomia só se manifesta plenamente quando são observadas voluntariedade, informação adequada, capacidade de entendimento e liberdade de coerção. Essa exigência explica por que legislações que autorizam a eutanásia, como a Colombiana, incluem avaliações médicas e psicológicas, certificando que o pedido seja autêntico e consciente.

A regulamentação da eutanásia no Brasil não se trata de uma proposta leviana ou permissiva, mas sim de uma medida fundamentada em critérios éticos, médicos e jurídicos sólidos, inspirada em experiências bem-sucedidas como a da Colômbia. A aplicação do princípio da autonomia nesse contexto exige rigor metodológico, pois envolve a decisão consciente de renunciar à própria vida diante de sofrimento extremo e irreversível.

A autonomia só se realiza plenamente quando estão asseguradas condições como voluntariedade, informação clara, capacidade cognitiva preservada e ausência de coerção. Portanto, a legalização da eutanásia deve prever a criação de comissões multidisciplinares responsáveis por avaliar cada caso de forma criteriosa, atestando a lucidez do paciente, a irreversibilidade do quadro clínico e a presença de sofrimento insuportável. Com isso, garante-se que o procedimento seja um exercício legítimo da dignidade e da liberdade individual, dentro de um marco jurídico que respeite os direitos fundamentais e impeça qualquer banalização da vida ou instrumentalização da morte.

Nessa diapasão, pontua-se que o exercício da medicina coloca o profissional no centro do debate sobre a eutanásia, pois o médico deve simultaneamente não causar dano (princípio da não-maleficência) e evitar o sofrimento (princípio da beneficência), conforme delineado na tradição hipocrática e no modelo principialista de Beauchamp & Childress (2001). O Código de Ética Médica reforça esse dilema em seu capítulo V, art. 41, parágrafo único, ao determinar que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos [...] sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando

sempre em consideração a vontade expressa do paciente” . Esse dispositivo legal assegura, em tese, respeito à autonomia do paciente, pois também vedam ao profissional desrespeitar decisão livre e informada, exceto se houver risco iminente de morte. Assim, o médico deve avaliar cuidadosamente, em cada caso concreto, se a continuidade do tratamento pode significar prolongamento indevido do doente ou violação de sua liberdade de escolha.

Do ponto de vista da bioética principialista, a autonomia supõe que o paciente seja capaz de decisões conscientes, sem coação e com informação completa (Beauchamp & Childress, 2001), enquanto a não-maleficência estabelece o compromisso de “primeiro, não causar dano”. A beneficência, por sua vez, exige que o médico atue em prol do bem-estar do paciente, evitando tratamentos desproporcionais que tragam mais malefícios do que vantagens.

Arantes (2016), médica especialista em cuidados paliativos, destaca que, embora pessoalmente não pratique a eutanásia, reconhece a legitimidade da autonomia do paciente em decidir sobre seu próprio corpo e seu sofrimento, reforçando que “quem decide se é capaz ou não de superar um sofrimento não sou eu como médica, não sou eu como parente” (Arantes, 2016). Essa posição evidencia a importância do respeito à autodeterminação do paciente, que deve ser escutada e considerada, sem que o médico imponha sua própria visão de vida ou morte. Ao mesmo tempo, Arantes (2016) reforça a necessidade do cuidado paliativo como um suporte indispensável para garantir que a morte seja um processo vivido com dignidade, humanização e acolhimento.

O profissional enfrenta tensão ética: executar intervenções que prolongam a vida, mas que podem causar sofrimento extremo, ou optar por cuidados paliativos que priorizam conforto, em respeito à autonomia do paciente. Esse impasse revela o cerne das reflexões bioéticas sobre a admissibilidade da eutanásia, pois exige ponderação rigorosa entre os valores constitucionais e médicos, sempre pautada pela dignidade humana e pelo respeito à livre escolha.

O Conselho Federal de Medicina introduziu avanço significativo ao publicar a Resolução CFM nº 1.995/2012, que regula as diretivas antecipadas de vontade (DAV) — também chamadas de testamento vital — permitindo que pacientes expressem previamente suas decisões sobre tratamentos, mesmo caso estejam incapacitados (Resolução CFM nº 1.995/2012, art. 1º e 2º). A norma determina que o médico leve em consideração tais diretivas, registrando-as no prontuário, desde que

compatíveis com o Código de Ética Médica, e estabelece sua prevalência sobre opiniões não médicas, inclusive de familiares.

Apesar de inegável importância, essa norma permanece restrita à adoção da ortotanásia, isto é, à recusa de tratamentos fúteis ou desproporcionais ao paciente terminal, sem abrir espaço para sua autorização da eutanásia ativa. O dispositivo afirma expressamente que o médico pode obedecer à vontade antecipada apenas dentro de cenários de tratamentos éticos previstos, sem qualquer menção a práticas que induzam deliberadamente à morte, o que reflete uma perspectiva ainda conservadora na abordagem dos cuidados de fim de vida paliativo.

A autonomia do paciente, princípio fundamental do direito contemporâneo, encontra-se, portanto, limitada no contexto brasileiro. O reconhecimento da capacidade do indivíduo para tomar decisões informadas sobre seu próprio corpo e destino, que deveria ser pedra angular da prática médica, é muitas vezes suprimido pela prevalência de normas penais rígidas e pela ausência de regulamentação específica que acolha a complexidade das situações de fim de vida. Esse descompasso entre o direito à autonomia e a legislação vigente reforça uma abordagem paternalista que não dialoga com as demandas atuais da bioética.

O direito à dignidade humana, intrinsecamente ligado ao direito à vida, também é impactado por essa lacuna normativa. A dignidade implica o respeito integral às condições existenciais do ser humano, inclusive na fase terminal. No entanto, a falta de políticas públicas que assegurem cuidados paliativos adequados e a inexistência de dispositivos legais que permitam escolhas conscientes sobre a morte refletem uma negligência institucional que afronta esse princípio constitucionalmente protegido.

Dessa forma, a atual configuração do ordenamento jurídico brasileiro, aliada às deficiências estruturais do sistema de saúde, gera um quadro de vulnerabilidade para os pacientes terminais. A resistência legislativa em reconhecer práticas que possam mitigar o sofrimento e garantir a autonomia do paciente limita não apenas o exercício de direitos fundamentais, mas também a construção de um sistema de saúde que responda à complexidade do fim da vida.

Necessita-se de um diálogo mais aprofundado entre juristas, profissionais da saúde, pacientes e sociedade civil para analisar as tensões entre os valores constitucionais, os avanços da bioética e as demandas sociais. O desenvolvimento de políticas públicas e normativas jurídicas específicas pode ser fundamental para

garantir um atendimento que respeite a dignidade, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos em sua fase terminal.

A jurisprudência brasileira, até o momento, permanece majoritariamente restritiva, com decisões que reforçam a criminalização do auxílio ao suicídio, mesmo em contextos de doença terminal. Entretanto, há movimentos acadêmicos e jurídicos que sugerem a necessidade de evolução interpretativa, especialmente para evitar condenações injustas e reconhecer direitos fundamentais do paciente.

Por exemplo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) 236/2012 é uma proposta legislativa que visa instituir um novo Código Penal para o Brasil, substituindo o vigente desde 1940. De autoria do então senador José Sarney, o projeto é resultado de um anteprojeto elaborado por uma comissão de juristas coordenada pelo ministro Gilson Dipp, do Superior Tribunal de Justiça, com o objetivo de modernizar, sistematizar e tornar mais coerente a legislação penal brasileira. A proposta contempla tanto a parte geral quanto a parte especial do Código Penal, promovendo revisões profundas em conceitos fundamentais do direito penal, atualizando penas, criando novos tipos penais (como crimes cibernéticos) e abordando temas contemporâneos sensíveis, como aborto, eutanásia, drogas e crimes ambientais. Apesar de ter avançado em algumas comissões, o projeto encontra-se em tramitação na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal, ainda sem relator designado, e sem previsão de votação em plenário.

O dispositivo abre espaço relevante para a discussão sobre a eutanásia ao introduzir dispositivos que diferenciam essa prática da ortotanásia e flexibilizam sua criminalização em contextos específicos. O projeto prevê a possibilidade de perdão judicial para casos de eutanásia praticada por motivo piedoso, desde que com o consentimento da vítima, reconhecendo, assim, a complexidade ética envolvida na antecipação da morte diante de sofrimentos insuportáveis. Além disso, o texto descriminaliza expressamente a ortotanásia, a suspensão de tratamentos que apenas prolongam artificialmente a vida de pacientes em estado terminal, desde que respeitada a vontade do paciente ou de seus representantes legais, em consonância com pareceres médicos. Essas previsões representam um avanço no debate sobre o direito à morte digna no Brasil, pois rompem com a criminalização absoluta vigente no Código Penal de 1940 e introduzem critérios jurídicos e bioéticos que consideram a autonomia individual e a dignidade da pessoa humana como fundamentos legítimos para decisões no fim da vida.

As resoluções do Conselho Federal de Medicina e as diretrizes do SUS avançam na regulamentação dos cuidados paliativos, mas mantêm a eutanásia ativa fora do campo da legalidade. A Resolução 1.805/2006 trata da distanásia, e a Política Nacional de Cuidados Paliativos, lançada em 2024, foca na humanização do atendimento, sem prever alternativas para casos de sofrimento extremo e irremediável.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, embora ainda sem pronunciamento direto sobre a eutanásia, revela tendência consistente de proteção à autonomia individual em decisões existenciais. No julgamento do Recurso Extraordinário 1.212.272, julgado em 25 de setembro de 2024, por unanimidade (10x0), o Plenário do STF reconheceu o direito das Testemunhas de Jeová de recusarem transfusão de sangue por motivos religiosos, ainda que a recusa implique risco iminente de morte. A decisão, relatada pelo Ministro Gilmar Mendes, baseou-se na liberdade de consciência, na dignidade da pessoa humana e no princípio da autodeterminação sobre o próprio corpo.

O voto prevalente estabeleceu que a recusa é válida desde que sejam cumpridos critérios rigorosos, como a capacidade do paciente, ausência de coação, decisão expressa e informada, e registro documental antecipado. O paciente deve receber informações compreensíveis sobre os riscos envolvidos, e sua manifestação deve ser respeitada como exercício legítimo da autonomia. O Estado, por sua vez, deve garantir que os indivíduos possam viver (e morrer) de acordo com seus valores, dogmas e convicções religiosas, sem coerção institucional ou imposição terapêutica.

O Ministro Luiz Fux, em voto convergente, afirmou que impor um tratamento médico contra a vontade do paciente configura conduta degradante, incompatível com a dignidade constitucional. Embora o caso não trate de eutanásia, o precedente representa marco na consolidação da autonomia como valor jurídico fundamental. Ao legitimar o direito de não se submeter a intervenções mesmo diante da iminência da morte, o STF aproxima-se, ainda que indiretamente, do reconhecimento da morte voluntária como desdobramento lógico do viver com dignidade.

A decisão também delimitou que, em regra, a recusa feita por pais em nome de filhos menores não têm validade jurídica, exceto se houver tratamento alternativo eficaz e seguro, conforme avaliação médica. Essa ressalva reforça a ideia de que a autonomia é um valor subjetivo, progressivo e condicionado à capacidade de

discernimento — sem, contudo, invalidar seu alcance para adultos lúcidos em situação de vulnerabilidade médica terminal.

Outro precedente relevante encontra-se na ADPF 54, que trata da interrupção da gestação de fetos anencéfalos. O STF entendeu que obrigar a gestante a prosseguir com a gravidez violaria sua dignidade e autonomia. O Ministro Marco Aurélio afirmou que a imposição da gestação representaria uma forma de cárcere biológico, tese que pode ser estendida ao debate sobre a eutanásia em pacientes terminais.

Além disso, decisões recentes da Suprema Corte reconhecem o direito à recusa de tratamentos que prologuem artificialmente a vida. Ainda que a Corte não tenha se posicionado diretamente sobre a eutanásia, seus julgados apontam para a consolidação de uma jurisprudência protetiva da autonomia, da liberdade de escolha e da dignidade subjetiva.

A partir dessa evolução jurisprudencial, é possível delinear dois fundamentos constitucionais para sustentar a legalidade da eutanásia em casos de terminalidade: o respeito à autonomia individual e a proteção à dignidade da pessoa humana. Esses princípios, em conjunto, oferecem base sólida para a construção de um novo paradigma jurídico sobre a morte voluntária.

No entanto, tal debate exige um olhar atento para as condições concretas em que o cuidado e o Bem Viver se realizam em uma sociedade fortemente orientada pelos valores capitalistas, na qual a produtividade, a eficiência e a independência econômica são elevados a critérios centrais de reconhecimento social. Surge, assim, a necessidade de questionar de que modo esses valores impactam o acesso efetivo à autodeterminação existencial, sobretudo em situações marcadas por sofrimento extremo e dependência.

De que maneira o peso do cuidado, tradicionalmente atribuído às famílias e sustentado majoritariamente pelas mulheres, interfere no exercício pleno da autonomia e no alcance de uma vida, e de uma morte, compatíveis com a dignidade prometida constitucionalmente? Essas indagações abrem espaço para problematizar o lugar do cuidado na ordem social vigente, apontando a importância de compreendê-lo não apenas como responsabilidade privada, mas como dimensão estruturante das relações humanas, que atravessa a própria noção de justiça e equidade.

Em nível institucional, destaca-se a inauguração do Hospital Estadual Mont Serrat – Cuidados Paliativos, realizada em janeiro de 2025, em Salvador. Trata-se do primeiro hospital público do Brasil dedicado exclusivamente aos cuidados paliativos, constituindo um marco inédito na política pública de saúde. A unidade foi implantada em um prédio histórico de 1853, totalmente requalificado, e recebeu um investimento de R\$ 66 milhões do Governo da Bahia. Com 70 leitos, ambulatórios especializados, serviços de bioimagem, laboratório, áreas voltadas à telemedicina e pesquisa, a instituição oferece um modelo de atenção centrado na dignidade do paciente.

A gestão está a cargo das Obras Sociais Irmã Dulce (Osid), entidade reconhecida nacionalmente por sua atuação humanizada em cuidados de fim de vida. O hospital conta com uma equipe de 435 profissionais, entre os quais 41 médicos especializados, que atuam em diversas áreas, como cardiologia, psiquiatria, neurologia, nutrologia, terapia da dor e apoio ao luto. A estrutura permite atendimento integral a mais de dois mil pacientes por mês e será também centro de ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais da saúde na área de cuidados paliativos.

A inauguração do hospital está alinhada à recente implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, lançada pelo Ministério da Saúde em maio de 2024, com previsão de habilitação de 1,3 mil equipes e investimento anual de R\$ 887 milhões. Nesse contexto, a Bahia posiciona-se como estado pioneiro, tanto na ampliação da rede de cuidados quanto na consolidação da humanização como eixo orientador das políticas públicas. A iniciativa sinaliza que a terminalidade pode e deve ser abordada como dimensão legítima do cuidado em saúde, reafirmando o direito ao alívio do sofrimento, à escuta ativa e à recusa informada.

Ainda que não trate da eutanásia ativa, o modelo reafirma a dignidade como critério central da assistência no fim da vida. Essas experiências, somadas à tramitação inconclusa do Projeto de Lei nº 236/2012, que propôs tipificação específica da eutanásia voluntária e exclusão de ilicitude para a ortotanásia, evidenciam que a ausência de normatização expressa não implica ausência de práticas. Ao contrário, decisões judiciais e experiências clínicas apontam para uma transformação silenciosa, que exige resposta normativa à altura das demandas bioéticas e constitucionais da sociedade contemporânea.

Ressalta-se, mais uma vez, que a ausência de normatização resulta em insegurança jurídica e em sofrimento evitável para pacientes terminais. Superar essa entropia normativa exige que a eutanásia seja incluída na agenda política e regulatória, como forma de reconhecer a legitimidade das decisões de fim de vida. Morrer de forma digna, consciente e assistida deve ser visto como desdobramento lógico do Bem Viver, conforme defendido pela bioética latino-americana e pela filosofia do “*buen vivir*” andino.

Associações como a Casa do Cuidar e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos contribuem para a construção de um ambiente propício à transformação normativa. Embora não defendam expressamente a eutanásia ativa, suas práticas valorizam a escuta, a compaixão, a autonomia e a recusa informada, estabelecendo um terreno fértil para o avanço do debate.

Essas entidades promovem capacitação de profissionais, acolhimento de famílias e disseminação de boas práticas em cuidados paliativos. Ainda que vinculadas à ortotanásia, suas atuações têm potencial para legitimar, no futuro, uma abordagem mais ampla sobre o fim da vida, pautada em liberdade e responsabilidade.

O campo bioético encontra-se em disputa. De um lado, há resistência institucional à legalização da eutanásia; de outro, surgem vozes que defendem a liberdade de decidir sobre a morte como parte da dignidade humana. Essa tensão revela um processo de transição cultural, no qual o Estado é convocado a legislar com base em escuta social qualificada.

O Brasil possui, historicamente, práticas de resignificação da morte. A celebração da finitude como rito coletivo reforça a legitimidade de práticas que buscam devolver ao morrer sua dimensão simbólica e humana. Legislar sobre a eutanásia é, portanto, um gesto de reencontro cultural com o sentido da morte.

Sánchez (2004) compreende os direitos humanos como processo contínuo de reinvenção da dignidade. Segundo a autora, a dignidade se resignifica à medida que novos desafios existenciais emergem. A morte digna, nesse cenário, representa a etapa da ampliação dos direitos fundamentais, conforme o reconhecimento internacional das liberdades individuais e da bioética moderna.

A Constituição de 1988, ao garantir a dignidade da pessoa humana e a autonomia privada, cria espaço para o reconhecimento jurídico da eutanásia. No entanto, a ausência de regulamentação infraconstitucional compromete essa

possibilidade, exigindo a revisão do Código Penal e a edição de protocolos médicos adequados para o cuidado ético nos momentos finais da existência.

Pessini (2004), um dos principais bioeticistas brasileiros, ressalta que a discussão sobre a eutanásia deve considerar a complexidade ética e a pluralidade cultural do Brasil, que exige um diálogo aberto e respeitoso entre diferentes visões sobre a vida e a morte. Sánchez (2004), em "Pasado, Presente y Futuro de los Derechos Humanos", destaca que a mundialização dos direitos humanos implica na necessidade de adaptação e respeito às especificidades culturais, mas também na busca por princípios universais que protejam a dignidade humana em suas diversas manifestações. Assim, a discussão sobre a eutanásia deve equilibrar o respeito às diferenças culturais com a promoção de direitos fundamentais que assegurem a autonomia e a dignidade do indivíduo.

A eutanásia, mais do que uma questão estritamente jurídica, constitui um convite para repensar a própria condição humana, o significado que se atribui à vida e à morte, bem como o papel que a sociedade e o Estado devem desempenhar na proteção do bem-estar e da dignidade dos indivíduos. Como observa Pessini (2004), discutir o direito de morrer é, em última instância, questionar quais valores sustentam a convivência social e até que ponto a autonomia pode ser reconhecida nos momentos mais frágeis da existência. Nesse sentido, o debate transcende a esfera normativa e alcança dimensões éticas, filosóficas e culturais que exigem uma análise sensível e contextualizada.

Para que o Brasil possa avançar nesse campo, torna-se imprescindível fomentar uma reflexão ampla, interdisciplinar e plural, que dialogue com as especificidades culturais brasileiras, com os direitos humanos e com os marcos internacionais mais recentes. Esse debate deve ultrapassar a polarização simplista entre o "direito à vida" e o "direito à morte", integrando perspectivas éticas, jurídicas, bioéticas e socioculturais, de modo a alcançar uma compreensão mais sofisticada e respeitosa das diversas formas de conceber a finitude. Somente assim será possível formular caminhos normativos que efetivamente promovam a dignidade humana em todas as suas dimensões, reconhecendo a complexidade do sofrimento e a legitimidade da autonomia, mesmo, e sobretudo, no limiar da vida.

## 4 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciam uma evolução significativa no entendimento social, jurídico e bioético sobre o tema. A discussão revela que o reconhecimento do direito à autonomia individual, particularmente no que diz respeito às decisões relacionadas ao fim da vida, representa uma mudança paradigmática diante de uma longa trajetória marcada por visões religiosas e tradicionais que priorizam a sacralidade da vida a qualquer custo.

Durante muito tempo, prevaleceu uma lógica de tutela dos corpos, em que o prolongamento da existência biológica era imposto mesmo em situações de intenso sofrimento, ausência de prognóstico de recuperação ou perda de qualidade de vida. A ascensão do debate público e acadêmico sobre a eutanásia, os cuidados paliativos e o direito de morrer com dignidade aponta para o fortalecimento de uma perspectiva centrada na autodeterminação, na escuta das vontades do sujeito e no reconhecimento da morte como parte legítima do ciclo da vida.

Essa transformação está ancorada em valores democráticos e na ampliação dos direitos humanos, desafiando tradições normativas que historicamente negaram o protagonismo dos indivíduos em relação ao próprio destino. Ao valorizar a autonomia como princípio jurídico e ético, inaugura-se uma abordagem mais sensível, plural e respeitosa à diversidade de vivências, crenças e trajetórias, em que o cuidado com o fim da vida não se resume à contenção do sofrimento físico, mas também à preservação da subjetividade e da dignidade até o último instante.

A pesquisa demonstra que, historicamente, a eutanásia foi marcada por associações indevidas com práticas de eugenia, higienismo e violações éticas, especialmente durante regimes autoritários que instrumentalizaram a morte como política de exclusão. Tais origens contribuíram para a construção de estigmas profundos, que ainda hoje influenciam negativamente o debate público em diversas sociedades.

No entanto, ao longo das últimas décadas, o avanço das ciências da saúde, dos direitos humanos e da bioética tem possibilitado uma reconfiguração desse entendimento. A eutanásia passou a ser discutida não como instrumento de controle sobre a vida, mas como uma expressão da dignidade e da liberdade individual diante do sofrimento insuportável e da terminalidade.

Nesse novo paradigma, o foco desloca-se para a humanização do cuidado, o reconhecimento da autonomia como valor jurídico e ético, e a centralidade do sofrimento do paciente como critério legítimo de decisão. A consolidação da bioética como campo interdisciplinar tem contribuído para esse processo, ao oferecer ferramentas conceituais e normativas que permitem ponderar valores complexos, como a vida, a dor, o cuidado, a liberdade e a responsabilidade, em contextos marcados pela vulnerabilidade e pela finitude. Assim, o debate contemporâneo sobre a eutanásia caminha para além dos discursos proibicionistas e abre espaço para uma abordagem mais sensível, plural e comprometida com o bem-estar dos sujeitos em sua fase final de vida.

A distinção entre diferentes modalidades de intervenção no fim da vida, como a suspensão de tratamentos fúteis, a adoção de cuidados paliativos e as intervenções ativas como a eutanásia e o suicídio assistido, revela a complexidade multidimensional da temática e a urgência de se estabelecer critérios éticos, jurídicos e clínicos claros, baseados em princípios de humanização e respeito à dignidade. Tais distinções não apenas possuem implicações médicas e legais distintas, como também demandam uma abordagem sensível às subjetividades envolvidas. Enquanto a suspensão de medidas desproporcionais busca evitar o prolongamento artificial da vida, os cuidados paliativos se concentram na mitigação do sofrimento sem intenção de abreviar a existência. Já a eutanásia, quando praticada de forma ativa e com o consentimento do paciente, introduz uma dimensão mais controversa, em que o direito à autodeterminação entra em tensão com normativas morais e culturais vigentes.

Nesse cenário, a influência da cultura e dos valores religiosos continua a exercer forte peso sobre o debate, funcionando, muitas vezes, como barreira à revisão legislativa e à transformação dos padrões assistenciais. Em sociedades plurais como a brasileira, onde diferentes cosmologias convivem e se entrecruzam, torna-se indispensável promover um diálogo intercultural capaz de respeitar as múltiplas formas de compreender o sofrimento, a morte e a dignidade, sem, contudo, inviabilizar o acesso ao direito individual de decidir sobre o próprio corpo e o fim da vida.

A experiência de países que já regulamentaram práticas como a morte assistida, a exemplo de Holanda, Bélgica, Canadá e Colômbia, oferece aprendizados importantes para a construção de políticas públicas alinhadas ao

princípio da dignidade da pessoa humana. Nesses contextos, a regulamentação ampliou a autonomia dos pacientes e impulsionou melhorias nos serviços de cuidados paliativos e maior qualificação das equipes de saúde para lidar com situações de terminalidade.

Essas experiências demonstram que a legalização, quando acompanhada de marcos regulatórios rigorosos e práticas clínicas responsáveis, pode resultar em maior proteção ao sujeito em sofrimento, ao invés de banalizar ou instrumentalizar a morte. No contexto brasileiro, essas lições apontam para a possibilidade de consolidar um modelo que articule cuidado, escuta, pluralidade ética e garantia de direitos, ampliando a potência de viver até o fim, e também o direito de morrer com dignidade.

No Brasil, a ausência de legislação específica e a forte influência de valores religiosos dificultam a concretização de práticas semelhantes, mesmo em casos de sofrimento insuportável ou de decisões clínicas que apontem para a impossibilidade de continuidade do tratamento. Assim, os exemplos apresentados reforçam a necessidade de um debate mais amplo e institucionalizado, capaz de equilibrar os aspectos éticos, culturais e jurídicos, promovendo uma reflexão que possa evoluir para uma legislação que respeite a autonomia do indivíduo, sem negar a complexidade moral que a envolve.

Ademais, a experiência colombiana demonstra uma tendência de regulamentação que valoriza a autonomia do indivíduo, alicerçada na proteção de direitos fundamentais e no reconhecimento de que o sofrimento insuportável deve ser minimizado, respeitando valores éticos e às vezes religiosos, em um contexto de sociedade que busca equilibrar esses aspectos com a legislação. Além disso, a inclusão de eutanásias voluntária e assistida na legislação colombiana atende à necessidade de responder às especificidades dos casos concretos, promovendo um acompanhamento legal transparente e sensível às questões morais envolvidas.

Por outro lado, o Brasil adota uma postura marcada pela prudência normativa e por uma concepção jurídica centrada na sacralidade da vida, frequentemente atravessada por valores religiosos que permeiam tanto o imaginário social quanto o posicionamento institucional. A Constituição Federal de 1988 assegura, em seu artigo 5º, o direito à vida como cláusula pétrea, sem, no entanto, explicitar contornos para o exercício da autonomia individual em situações de terminalidade. Essa lacuna legislativa, somada à ausência de regulamentação específica sobre eutanásia e

suicídio assistido, coloca o país em uma posição conservadora no debate sobre a morte digna.

Embora decisões judiciais pontuais tenham reconhecido o direito de pacientes à recusa de tratamentos desproporcionais, ao desligamento de suporte vital em situações irreversíveis ou ao acesso a cuidados paliativos, esses entendimentos permanecem restritos ao âmbito jurisprudencial, sem força normativa ampla. O Supremo Tribunal Federal (STF), instância máxima do Judiciário brasileiro, ainda não enfrentou diretamente o mérito da legalização da eutanásia, embora tenha se debruçado sobre temas conexos, como a recusa terapêutica e a ortotanásia, com alguma abertura ao princípio da dignidade humana (CF, art. 1º, III) e à autonomia da vontade (art. 5º, II).

A legislação penal brasileira, por sua vez, permanece rígida ao enquadrar a eutanásia ativa como crime de homicídio, conforme previsto no artigo 121 do Código Penal. A prática, mesmo que motivada por compaixão e consentida pelo paciente, pode ser tipificada como homicídio privilegiado, com pena reduzida, mas sem deixar de ser considerada ilícita. Isso revela uma abordagem normativa que privilegia a tutela absoluta da vida em detrimento da autodeterminação individual, dificultando o reconhecimento jurídico da morte assistida como expressão legítima da dignidade. Tal resistência normativa está estreitamente vinculada a uma herança cultural e religiosa que historicamente associou o sofrimento à redenção e a morte à punição, e que, por isso, apresenta dificuldades em integrar perspectivas mais laicas e bioéticas no tratamento jurídico da terminalidade.

O enquadramento jurídico brasileiro reflete uma tensão permanente entre o avanço dos direitos individuais, especialmente no que se refere à autonomia sobre o próprio corpo, e os limites impostos por uma estrutura normativa e simbólica que ainda privilegia uma concepção tradicionalista da vida como bem indisponível. O desafio, portanto, consiste em promover uma ampliação do debate público e jurídico sobre o tema, à luz dos princípios constitucionais da dignidade humana, da liberdade individual e do direito à saúde, de modo a possibilitar a construção de um marco legal que reconheça o direito à morte digna como desdobramento legítimo do direito a uma vida plena e respeitosa até o fim.

Isso revela o impacto das circunstâncias sociais e culturais na formação das políticas públicas e das normativas legais, demonstrando que o avanço no reconhecimento do direito à morte digna depende, em grande medida, de um

processo de diálogo amplo que envolva valores, princípios éticos, religiosos, jurídicos e sociais de cada nação.

Importante também é a compreensão de que a legislação e o sistema judicial devem atuar de forma a garantir a liberdade do cidadão, preservando condições que assegurem uma morte digna, sem sofrimento excessivo ou imposições que possam restringir sua autonomia. Para isso, a formação de uma cultura de cuidado centrada no paciente, aliada a uma regulamentação ética e jurídica aggiornada, é essencial. Nesse panorama, a bioética emerge como ferramenta imprescindível na formulação de diretrizes que equilibrem o respeito à vida com o reconhecimento do direito de escolha na despedida.

Finalmente, ao conhecer outras realidades, nos é fornecido compreensões importantes, especialmente na implementação de legislações que garantam o direito à morte digna de forma equilibrada, promovendo uma abordagem que combina direitos individuais, responsabilidade social e cuidados humanizados. Conclui-se que o avanço nesse campo demanda não apenas uma atualização legal, mas também uma mudança cultural, promovendo uma compreensão mais profunda do sofrimento, da dignidade e do próprio valor da vida, sempre com vistas a respeitar as escolhas do indivíduo, dentro de um quadro ético que priorize a humanização do cuidado e a autonomia pessoal.

Nesse sentido, a presente pesquisa não se encerra apenas na reflexão teórica e normativa acerca do direito à morte digna, mas propõe também um desdobramento prático: a elaboração futura de uma cartilha com possíveis diretrizes voltadas à efetivação desse direito. A cartilha será pensada como resultado concreto do trabalho, reunindo princípios orientadores que respeitem a autonomia da pessoa em situação de terminalidade e sofrimento extremo e que possam, futuramente, subsidiar políticas públicas sensíveis ao bem viver. Tal iniciativa visa oferecer caminhos possíveis para o acolhimento ético, jurídico e humano das decisões individuais em torno da eutanásia, reafirmando a centralidade da dignidade e da liberdade como fundamentos constitucionais a serem garantidos até o fim da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, A. **O Bem Viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Editora Elefante, 2016.
- ALCANTARA, L. C. S.; SAMPAIO, C. A. C. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível? **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, v. 40, p. 231-251, abr. 2017. DOI: 10.5380/dma.v40i0.48566.
- ALMEIDA, E. H. R. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista Bioética**, 18(2). 2010.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2016.
- ARAÚJO, M. C. de S. Direito à Vida em Peter Singer e a tradição utilitária. Mestrado Acadêmico em Filosofia do Centro de Humanidades. Universidade Federal do Piauí-UFC. **Dissertação**. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UECE-0\\_7a043902e5561e589977ac4fdb4ac0d7](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UECE-0_7a043902e5561e589977ac4fdb4ac0d7). Acesso em 20 ago. 2024.
- AUBERT, A. C. **Pessoa Morrer dignamente**: aspectos filosóficos, jurídicos e morais da autonomia para morrer. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021.
- Arraes, G. **O Auto da Compadecida**. Columbia TriStar; Globo Filmes. 2000.
- BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 207-221, 2008.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. Oxford University Press. 2001.
- BITTAR, C. A. **Os Direitos da Personalidade**. 2.a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- BONA, R. J. A semiótica do cinema: o signo paterno no filme Central do Brasil. In: **Anais do VIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul**. 2007.
- BORGES, R. C. B. Direito de Morrer Dignamente: Eutanásia, Ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, Análise Constitucional e Penal e Direito Comparado. In SANTOS, M. C. C. L. (Org.), **Biodireito – Ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Ed. RT, 2001.
- BORGES, R. C. B. **Direito de Personalidade e Autonomia Privada**. Coleção Prof. Agostinho Alvim. Coord. Renan Latufo. 2 ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007.
- BOSI, A. **Machado de Assis**: o enigma do olhar. São Paulo: Ática, 1994.

BRAGA, A. G. M. Direito humano de vida e de morte: a eutanásia perante o direito penal e a religião. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1, p. 89-102, 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 mai. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2022: católicos seguem em queda, evangélicos e sem religião crescem no país**. Agência de Notícias IBGE, 6 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43593-censo-2022-catolicos-seguem-em-queda-evangelicos-e-sem-religiao-crescem-no-pais>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BUARQUE, C. **Funeral de um lavrador**. In: BUARQUE, C. – Volume 3. Rio de Janeiro: RGE, 1967. 1 gravação de música.

BURITY, M.; LOMBARDI, G.; MIRANDA, J. D. Eutanásia e Autonomia: paralelos entre a regulação jurídica brasileira e a ótica dworkiniana. **Revista Ratio Juris**, UFPB. 2023.

CACCIOLA, M. L. A morte, musa da filosofia. **Cadernos de filosofia alemã: crítica e modernidade**, n. 9, p. 91-105, 2007.

CARTOLA. **O Mundo é um Moinho**. In: CARTOLA 1976.

CASTRO, M. P. R. et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, 2016.

CÁS, H. C. M. da. As inovações biotecnológicas e o prolongamento artificial da vida humana. **Revista de Direito da Unigranrio**, Rio de Janeiro, vol. I, n. 1, 2008.

CAVALCANTE, B. G. Morte digna: as diretivas antecipadas de vontade como um instrumento de proteção da autonomia individual no final da vida. 2022. 59 f. **Monografia** (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CIONATTO, R. M. **A morte viva no conto'La Tercera Resignación'de Gabriel García Márquez e o trato jurídico da distanásia infantil na Colômbia**. 2021.

DADALTO, L. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. **Pensar Revista de Ciências Jurídicas**, v. 24, n. 3, p. 1-11, 2019.

DA SILVA, L. F.; LUIZ, T. M. Humor e ironia no tribunal: análise da cena do julgamento na adaptação cinematográfica de O Auto da Compadecida. **Humanidades & Inovação**, v. 11, n. 6, p. 106-117, 2024.

DANTAS, A. A.; MARTINS, C. H.; MILITÃO, M. S. R. O cinema como instrumento cidático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 69-76, 2011.

DE ASSIS, M. **Memórias póstumas de Brás Cubas**. Ateliê Editorial, 1998.

DE COLOMBIA, Constitución Política. Constitución política de la República de Colombia 1991. **Santa Fé de Bogotá: Gaceta Constitucional**, 1991. Disponível em:  
<https://siteal.iiep.unesco.org/pt/bdnp/193/constitucion-politica-republica-colombia>. Acesso em: 22 out. 2024.

D'ARGENIO, M. C. Monstrosity and war memories in Latin American post-conflict cinema. **CINEJ Cinema Journal**, v. 5, n. 1, p. 84-112, 2015. Disponível em:  
<https://cinej.pitt.edu/ojs/cinej/article/view/126>. Acesso em: 21 out. 2024.  
DINIZ, Maria Helena. O Estado Atual do Biodireito. Direito à morte digna. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DIERICKX, S. **Eutanásia em Luxemburgo**: legislação e prática. *Journal of Medical Ethics*, v. 37, n. 3, p. 123-128, 2011.

DOS SANTOS DUARTE, T. Cultura religiosa e direitos humanos no cotidiano do legislativo brasileiro. **Revista Cultura y Religión**, v. 7, n. 2, 2013.

DOURADO, M. F. O. **Deixar morrer, matar ou morrer**: dilemas morais que envolvem a vida. *Revista THEMA*, v. 17, n. 1, p. 273-280, 2020.

HORTA, M. P. **Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer**. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 27-33, 1999. Disponível em:  
[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/290/429](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290/429). Acesso: 03 nov. 2024.

EL PAÍS. **Colômbia regulamenta eutanásia para crianças e adolescentes**. 2018. Disponível em:  
[https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972\\_962348.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972_962348.html). Acesso em: 19 jun. 2025.

FACHINI, M. A eutanásia sob a ótica utilitarista de Peter Singer: uma análise em vista do profissional da saúde. **Dissertação**. Programa de Pós-Graduação em Filosofia – Mestrado, Universidade de Caxias do Sul. 2013. Disponível em:  
<https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/828?show=full>. Acesso em 20 ago. 2024.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FELIX, C. M. Eutanásia: reflexos jurídico-penais e o respeito à dignidade da pessoa humana ao morrer. **Dissertação**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

GAGLIANO, P. S.; PAMPLONA FILHO, R. **Novo Curso de Direito Civil**: V. 1. Parte Geral. 5. ed. São Paulo/SP: Saraiva, 2004.

GALVIS, S. R. La Corte Constitucional: entre la independencia judicial y la captura política. **Mayorías sin democracia**, 2009. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46604074/fulltext\\_stamped\\_1-libre.pdf?1466290972=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMayorias\\_sin\\_democracia\\_Desequilibrio\\_de.pdf&Expires=1729734028&Signature=JLW-iigN8ygU8tZpQrHerEpZFFXCMNEHLQU2vfENuUbB56nLU2GQ~tnZFRj3OLVcZI18Dn4Cid~5ERsuQ0scT1aVR13VQGM0txrXU6Mex9qhUur3em1C02OHY89VPIPFjd7mGNmzgJQbu5W95ieBPktoGiuhpKo9n8dHO3iW4ANYfFjlgcr1ygKqgPwNrbKfwWI5PJDogQgm48R1rZ4LZKYbdZg1Xr5QF~ljfEqAfnCSWI08-jOUzhKxH3Sn9VG57MG-H8e8v6p9Wo~T4JA4BlgCw4O8P6T5ly99c-qIDQqKyecfGajq65MXJKgpgl4y8tcfk41IRtujeywPwaHjug\\_\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJL\\_OHF5GGSLRBV4ZA#page=86](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46604074/fulltext_stamped_1-libre.pdf?1466290972=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMayorias_sin_democracia_Desequilibrio_de.pdf&Expires=1729734028&Signature=JLW-iigN8ygU8tZpQrHerEpZFFXCMNEHLQU2vfENuUbB56nLU2GQ~tnZFRj3OLVcZI18Dn4Cid~5ERsuQ0scT1aVR13VQGM0txrXU6Mex9qhUur3em1C02OHY89VPIPFjd7mGNmzgJQbu5W95ieBPktoGiuhpKo9n8dHO3iW4ANYfFjlgcr1ygKqgPwNrbKfwWI5PJDogQgm48R1rZ4LZKYbdZg1Xr5QF~ljfEqAfnCSWI08-jOUzhKxH3Sn9VG57MG-H8e8v6p9Wo~T4JA4BlgCw4O8P6T5ly99c-qIDQqKyecfGajq65MXJKgpgl4y8tcfk41IRtujeywPwaHjug___&Key-Pair-Id=APKAJL_OHF5GGSLRBV4ZA#page=86). Acesso: 17 out. 2024.

GARCÍA, M. **Aspectos legais e bioéticos da morte assistida no Uruguai**. Montevideu, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4. ed. 2002.

GOLDIM, J. R. **Breve histórico da eutanásia**. 2000.

GOLDIM, J. R. **Bioética**: reflexões e perspectivas. 2. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2010.

GIACOIA JÚNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina (Ribeirão Preto)**, p. 13-19, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-412972>. Acesso: 18 out. 2024.

GRISALES, S. P. A. Fazer visíveis as perdas: Morte, memória e cultura material. **Tempo Social**, v. 28, n. 1, p. 85-104, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/3nwyH4sPtPSKdMq5fTQPb7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

GORISCH, P. C. V. et al. Suicídio medicamente assistido: análise do julgamento do Tribunal Constitucional da Colômbia. **Unisanta Law and Social Science**, v. 12, n. 2, p. 78-91, 2023.

GUDYNAS, E. Buen vivir: germinando alternativas al desarrollo. **América Latina en Movimiento – ALAI**, Quito, n. 462, p. 1-20, 2011.

**G1. Colômbia descriminaliza suicídio assistido e vira 1º país da América Latina a aceitar a prática.** 2021. Disponível em:

<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2022/05/12/colombia-descriminaliza-suicidio-assistido-e-vira-1-pais-da-america-latina-a-aceitar-a-pratica.ghtml>. Acesso em: 19 jun. 2025.

IGREJA CATÓLICA. **Catecismo da Igreja Católica**. Edição Típica Vaticana. São Paulo: Loyola, 2010.

JACQUES, F. V. S. O “buen vivir” e a construção de uma nova sociedade. **Novos Cadernos NAEA**, Belém, v. 23, n. 3, p. 105-119, set.-dez. 2020.

LACERDA, N. **Povos indígenas foram vítimas de mais de 1,2 mil violações patrimoniais e 200 assassinatos em 2023**. [S. l.]: Brasil de Fato, 22 jul. 2024.

Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2024/07/22/povos-indigenas-foram-vitimas-de-mais-de-1-2-mil-violacoes-patrimoniais-e-200-assassinatos-em-2023/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

LECUONA, L. Eutanásia: Algunas Distinciones. In PLATTS, Mark (comp.), **Dilemas Éticos**. México: Fondo de Cultura, 1997.

LIMA, A. F. A. Dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade: um estudo interdisciplinar sobre os limites éticos e jurídicos nos casos de eutanásia.

**Dissertação** (Mestrado), PUCRS. 2018.

LOUZADA, T. G. **EUTANÁSIA: UMA ABORDAGEM ÉTICA, JURÍDICA E RELIGIOSA**. Revista Humanidades e Inovação v.5, n. 6 - 2018.

LUPER, S. **A filosofia da morte**. São Paulo: Madras, 2010.

MACÊDO, M.; CIOATTO, R. M. EUTANÁSIA NA COLÔMBIA: DIREITO FUNDAMENTAL DA MORTE DIGNA. **Revista Direitos Humanos e Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 48-67, 2023.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo, ATLAS, 2003.

MENEZES, R. A. Demanda por eutanásia e condição de pessoa: reflexões em torno do estatuto das lágrimas. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 137-153, 2011.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Europa-América, 1970.

MOTA, F. F. Caring democracy: Markets, equality, and justice. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº18. Brasília, setembro - dezembro de 2015, pp. 317-327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151812>.

NOBREGA FILHO, F. S. F. da. Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal. **Dissertação**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: [s.n.], 2010. 117 f. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4437>. Acesso em 20 set. 2024.

OLIVEIRA, L. de. O suicídio: um problema (também) filosófico. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 83-97, jul. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302018000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 jul. 2025.

PAULO II, J. O. Ã. O. **Catecismo da Igreja católica**. São Paulo: Loyola, 2000. Disponível em: <https://acaminhodasantidade.com/wp-content/uploads/2013/04/catecismo-igreja-catolic a.pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.

PEREIRA, S. A. PINHEIRO, A. C. D. Eutanásia. **REVISTA DE DIREITO PÚBLICO**, LONDRINA, V. 3, N. 3, P. 180-196, SET./DEZ. 2008.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: E. Loyola, 2000.

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

PIERRE, J. M. Culturally sanctioned suicide: Euthanasia, seppuku, and terrorist martyrdom. **World J Psychiatry**. 2015 Mar 22;5(1):4-14. doi: 10.5498/wjp.v5.i1.4. PMID: 25815251; PMCID: PMC4369548.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. **História da Cidadania**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2018.

PLATÃO. **A república**. São Paulo: EDIPRO, 1994.

RABENHORST, E. R. **Dignidade da pessoa humana e moralidade democrática**. Brasília: Brasília Jurídica, 2001.

RACHELS, J. "Active and passive euthanasia", in BAIRD, R.; ROSENBAUM, S., **Euthanasia – the moral issues**. New York: Prometheus Books, pp. 45-60. 1989.

REALE, M. Dignidade da pessoa humana e realização pessoal. In: **Direitos Humanos e Dignidade**, Saraiva. 2010.

REVELO-REBOLLEDO, J. La independencia judicial en tiempos de Uribe: Judicial Independence during the Uribe era. **Papel político**, v. 13, n. 1, p. 53-94, 2008.

Disponível em:

[https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_162.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_162.pdf).

Acesso: 18 out. 2024.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

ROXIN, C. Tratamiento Jurídico-Penal de la eutanasia. Revista Electrónica de Ciencia Penal e Criminología. Traducción de Miguel Olmedo Cardenete, **RECPC** 01-10, 1999.

SÁNCHEZ, Iolanda. **Pasado, Presente y Futuro de los Derechos Humanos**.

2004. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=9559>. Acesso em 20 jun. 2025.

SALLES, W. **Central do Brasil**. Videofilmes; Europa Filmes. 1998.

SANTOS, R. dos; MOHR, A. M. A (de) vida angústia de morte:

considerações a partir da filosofia e da psicanálise. **Natureza humana**, v. 20, n. 1, p. 169-187, 2018.

SCHWARZ, R. **Um mestre na periferia do capitalismo**: Machado de Assis. 3. ed. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 1999.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez: São Paulo, 23 ed. 2007.

SILVA, L. M. S.; MELLO, R. S. V. de; FIORINI, B. H. M. Eutanásia: o silencioso direito de morrer. **LIBERTAS DIREITO**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.famig.edu.br/index.php/direito/article/view/326>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SILVA, E. P. da; SANTOS, G. B. dos; NEVES, W. A. **Eutanásia**. 2017.

SILVA, F. M.; NUNES, R. Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. **Rev. bioét.** (Impr.). 2015; 23 (3): 475-84

SINGER, P. **Ética prática**. Tradução Jeferson Luiz Camargo. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 31-41, 2004.

SOARES, M. Eutanásia e suicídio na cultura clássica greco-romana. **Humanística e Teologia**. 38:1 (2017) 23-37

SCHOPENHAUER, A. Über den Willen in der Natur. In: **Saemtliche Werke**. Ed. Wolfgang Frhr von Löhneysen. Frankfurt: Suhrkamp, 1986b, v. 2. p. 83.

SUASSUNA, A. **Auto da Compadecida**. Rio de Janeiro: Agir. 1995

TIBUSCKI, D; PSCHIEDT, A. C. G. Direito a escolher morrer versus direito à vida: reflexões sobre a eutanásia. **Academia de Direito**, v. 2, p. 211-227, 2020.

TRONTO, J. C. **Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice**. Nova York: NYU Press, 2013.

VANZELLA, L. G. **A memória individual e coletiva colombiana na performance de um gênero musical-o vallenato**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-03082018-133519/en.php>. Acesso em: 22 out. 2024.

WOLKMER, A. C. Pluralismo jurídico, direitos humanos e interculturalidade. **Revista Seqüência**, n o 53, p. 113-128, dez. 2006.

XAVIER, I. **O discurso cinematográfico: a opacidade e a transparência**. São Paulo: Paz e Terra. 2003.