

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

B615

Biodireito e direitos dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Valmir César Pozzetti; Heron José de Santana Gordilho; Gabrielle Scola Dutra – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-626-9

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Bio direito. 3. Direito dos animais. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

Prezados(as) leitores(as),

Apresentamos, nesta coletânea, os artigos expostos e debatidos por pesquisadores e pesquisadoras vinculados a programas de pós-graduação de diversas universidades brasileiras, no âmbito do Grupo de Trabalho Biodireito e Direito dos Animais, realizado durante o IX Encontro Virtual do CONPEDI. A obra reúne contribuições que refletem a diversidade de abordagens e a relevância das discussões desenvolvidas nesse espaço acadêmico, fortalecendo a produção científica na área.

Seguindo a ordem estabelecida para a apresentação dos trabalhos e para sua publicação nesta coletânea, os capítulos iniciais dedicam-se à análise de questões relacionadas aos direitos dos animais, ao passo que as investigações subsequentes desenvolvem reflexões sobre temas de bioética e biodireito, contemplando desafios e problemáticas contemporâneas dessas searas.

Inicialmente, o artigo “Família multiespécie e Constituição Federal de 1988: a afetividade como fundamento para o reconhecimento de nova entidade familiar”, de Lisbino Geraldo Miranda do Carmo (Mestre), Lamesca Miranda Ernesto (graduanda em Direito) e Iarley da Cruz Mesquita (graduando em Direito), todos vinculados à Universidade da Amazônia – UNAMA (Belém/PA), defende o reconhecimento jurídico das famílias multiespécie com base no princípio da afetividade e na evolução jurisprudencial.

No estudo “Do antropocentrismo à senciência: a transição do estatuto jurídico dos animais no direito brasileiro”, de Marcia Andrea Bühring (Professora do PPGCCRIM/PUCRS) e Agda Roberta Farias Frare (Especialista em Direito Animal e Direito Ambiental e Sustentabilidade), analisa-se a superação do paradigma antropocêntrico e a afirmação da dignidade animal.

O artigo “Da coisa ao sujeito: transformações no regime jurídico dos animais no direito contemporâneo”, de Bianca da Rosa Bittencourt (Doutoranda na Universidade Estadual de Londrina – UEL), Bruno Romero e Marcos Striquer (docente/orientador), investiga a mudança do status jurídico dos animais.

Em “A dignidade animal como categoria jurídica autônoma: uma releitura constitucional à luz do Biodireito”, de Stéphanie Cindy Costa Baptistelli (Doutoranda em Direito pela Faculdade Autônoma de Direito – FADISP), propõe-se o reconhecimento da dignidade animal como categoria jurídica independente.

Em “O abate humanitário dos animais com vistas a minimizar o sofrimento provocado por abatedouros clandestinos”, de Laura Cecília Fagundes dos Santos Braz, professora Doutora do PPGD/UCSAL e Alexandre Barros da Fonseca, mestrando do PPGD/UCSAL, defende-se o abate humanitário como forma de reduzir o sofrimento animal, destacando a necessidade de fiscalização dos abatedouros clandestinos e o papel da sociedade em consumir produtos de origem legal, garantindo práticas sem crueldade e em conformidade com princípios de dignidade animal.

O trabalho “Puppy mills: o comércio não regulamentado de animais de raça e suas implicações éticas”, de Gislaine Ferreira Oliveira (Doutora em Ciências Sociais e Doutoranda em Direito pela UFSM; professora da Universidade Franciscana) e Clara Hernandez Niederauer (Especializanda em Direito das Famílias e Sucessões pela Universidade Franciscana), analisa a exploração econômica de animais e a insuficiência normativa.

No artigo “A vulnerabilidade dos animais não humanos: limitações e perspectivas no acesso à justiça”, de César Augusto Soares da Costa e Maria Eduarda Raymundi, discute-se a ampliação do acesso à justiça para seres sencientes e o papel do Estado nessa proteção.

O estudo “Teoria do elo: os maus-tratos aos animais como indicador de violência interpessoal e familiar”, de Helena Cinque (Mestre em Direito pela Universidade Paranaense – UNIPAR e docente da mesma instituição), aborda a conexão entre violência contra animais e violência social.

Em “Nem coisa, nem filho: a busca por um estatuto jurídico próprio para os animais de estimação na dissolução conjugal”, de Rodrigo de Carvalho Assumpção (Doutorando) e Marina Melo Medeiros (Graduada em Direito), examinam-se conflitos familiares envolvendo animais de companhia.

Por fim, o artigo “Direito e promoção da justiça ambiental: dignidade da vida não humana e reconstrução do paradigma jurídico contemporâneo”, de Dorival Neto, propõe a ampliação da noção de dignidade para além da espécie humana

Ainda no campo ambiental, destaca-se o trabalho “Educação ambiental e responsabilização estatal: análise de caso a partir do episódio envolvendo a leoa Leona, em João Pessoa (PB)”, de Maria Beatriz Franca Diniz (Mestranda em Ciências Jurídicas pela UFPB) e Fernanda do Nascimento Grangeão (Doutoranda em Ciências Jurídicas pela UFPB), que analisa responsabilidade estatal e narrativas públicas em um caso concreto.

Na seara do Biodireito, o artigo intitulado “A Constitucionalização do Direito Privado e os Limites da Autonomia na Reprodução Assistida: Dignidade (da Vida) Humana como Limite à Seleção Injustificada de Características da Criança”, de autoria de Vanessa Gonçalves Melo Santos e Ana Beatriz Silvestre de Oliveira, examina os impactos da constitucionalização do Direito Privado sobre as técnicas de reprodução assistida. As autoras investigam os limites jurídicos da autonomia reprodutiva diante da possibilidade de seleção genética de características dos futuros filhos, problematizando os riscos de instrumentalização da vida humana e defendendo a dignidade da pessoa humana como parâmetro normativo para a contenção de práticas seletivas injustificadas.

Já o artigo “A Dupla Contingência da Saúde: Regulação, Judicialização e Autonomia Sistêmica no Caso Mounjaro e Ozempic”, desenvolvido por Thaís Roberta Lopes, Kamile Santos Kemp Marcondes de Moura e Jonathan Barros Vita, analisa os desafios regulatórios e judiciais decorrentes da crescente demanda por medicamentos como Mounjaro e Ozempic. A partir de uma abordagem sistêmica, os autores discutem as tensões entre os sistemas jurídico e sanitário, refletindo sobre os impactos da judicialização da saúde, os limites da regulação estatal e a preservação da autonomia dos diferentes subsistemas envolvidos.

Posteriormente, o artigo “Corpos Dissidentes em Mobilidade Humana: a Violência contra Migrantes e Refugiados LGBTI+ sob a Perspectiva da Biopolítica das Populações”, de autoria de Gabrielle Scola Dutra, Rosemara Unser e Dânfany dos Santos Corrêa, aborda as múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por migrantes e refugiados LGBTI+. Sob o referencial teórico da biopolítica, o estudo examina como mecanismos de gestão populacional, fronteiras e políticas migratórias podem produzir e intensificar processos de exclusão, violência e invisibilização, denunciando a necessidade de proteção jurídica e reconhecimento da diversidade em contextos de mobilidade humana.

Encerrando este conjunto de trabalhos a respeito do biodireito, o artigo “Entre a Autonomia e a Beneficência: Direito à Morte Digna, Cuidados Paliativos e Diretivas Antecipadas de Vontade na Ordem Jurídica Brasileira”, de autoria de Iriana Custodia Koch, dedica-se à análise dos fundamentos jurídicos e bioéticos relacionados ao final da vida. A autora examina o papel dos cuidados paliativos e das diretivas antecipadas de vontade na promoção de uma

morte digna, em consonância com a proteção da dignidade humana no ordenamento jurídico brasileiro.

Desejamos a todos e todas uma ótima leitura.

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA

Profa. Dra. Gabrielle Scola Dutra - UNESC

Prof. Dr. Valmir Pozzetti - UFAM

ENTRE A AUTONOMIA E A BENEFICÊNCIA: DIREITO À MORTE DIGNA, CUIDADOS PALIATIVOS E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ORDEM JURÍDICA BRASILEIRA

PALLIATIVE; DIGNITY; DIRECTIVES; ORTHOTHANASIA; BIOETHICS.

Iriana Custodia Koch

Resumo

O presente artigo científico examina, sob perspectiva dogmática e constitucional, a tensão dialética entre a autonomia privada do paciente terminal e o dever médico de beneficência, à luz da Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e do Projeto de Lei nº 704/2025 do Estado de Santa Catarina. O estudo parte da premissa de que a dignidade da pessoa humana — valor fundante do ordenamento constitucional brasileiro (Art. 1º, III, CF/88) — impõe ao Estado e à comunidade médica não apenas o dever de curar, mas o imperativo ético-jurídico de cuidar, especialmente diante da inevitabilidade da morte. Mediante metodologia de análise documental, hermenêutica constitucional e estudo jurisprudencial comparativo, o trabalho demonstra que as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), regulamentadas pela Resolução CFM nº 1.995/2012, constituem instrumento jurídico de efetivação da autonomia existencial do paciente, cuja observância pelo médico é imperativa, ressalvados os limites impostos pela vedação à eutanásia ativa. Analisa-se, ainda, o papel dos Comitês de Bioética Hospitalar como instâncias mediadoras em situações de colisão de direitos fundamentais, bem como a dimensão de gênero e vulnerabilidade social inserida no debate pelas políticas estaduais. Conclui-se que a efetividade do direito à morte digna demanda não apenas arcabouço normativo robusto, mas mudança paradigmática na formação profissional e na estrutura assistencial do SUS, superando-se o modelo curativista para abraçar o cuidado integral e humanizado como expressão máxima da dignidade.

Palavras-chave: Paliativos, Dignidade, Diretivas, Ortotanásia, Bioética

Abstract/Resumen/Résumé

This scientific article examines, from a dogmatic and constitutional perspective, the dialectical tension between the terminal patient's private autonomy and the physician's duty of beneficence, in light of Ministerial Ordinance GM/MS No. 3,681 of May 7, 2024, which establishes the National Palliative Care Policy within Brazil's Unified Health System (SUS), and Bill No. 704/2025 of the State of Santa Catarina. The study is grounded on the premise that human dignity — the foundational value of the Brazilian constitutional order (Art. 1, III, CF/88) — places upon the State and the medical community not only the duty to cure, but also the ethical-legal imperative to care, especially given the inevitability of death. Through documentary analysis, constitutional hermeneutics, and comparative case law study, the

paper demonstrates that Advance Directives, regulated by CFM Resolution No. 1,995/2012, constitute a legal instrument for operationalizing the patient's existential autonomy, compliance with which by the physician is mandatory, subject to the limits imposed by the prohibition of active euthanasia. The role of Hospital Bioethics Committees as mediating bodies in situations of fundamental rights collision is also analyzed, as well as the gender and social vulnerability dimension introduced into the debate by state-level policies. The conclusion is that the effectiveness of the right to a dignified death requires not only a robust regulatory framework, but a paradigm shift in professional training and in the SUS care structure, moving beyond the curative model to embrace comprehensive and humanized care as the ultimate expression of dignity.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Paliativos, Dignidade, Diretivas, Ortotanásia, Bioética

1. INTRODUÇÃO

A terminalidade da vida e o manejo clínico do sofrimento em pacientes acometidos por enfermidades ameaçadoras da existência biológica representam, simultaneamente, um dos mais complexos desafios éticos do exercício da medicina e uma das mais urgentes fronteiras regulatórias do Direito contemporâneo. A questão não se limita à técnica médica; ela interpela, em profundidade, os valores civilizatórios de uma sociedade comprometida com a democracia, a igualdade e a dignidade como predicados irrenunciáveis da condição humana.

No Brasil, a recente publicação da Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024, pelo Ministério da Saúde, representa um marco institucional relevante na trajetória da política pública de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao institucionalizar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, o ato normativo ministerial sinaliza uma transição paradigmática: do modelo predominantemente curativista — centrado na derrota da doença a qualquer custo — para um modelo humanista, centrado na pessoa, que reconhece a morte como evento natural e inerente ao ciclo vital, merecedor de atenção, conforto e respeito.

Em paralelo ao movimento federal, iniciativas legislativas estaduais avançam no mesmo sentido. O Projeto de Lei nº 704/2025 da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina traz contribuições singulares ao debate, inserindo na política pública dimensões que transcendem o âmbito estritamente clínico: a vulnerabilidade social das cuidadoras, a dimensão de gênero do cuidado, a integração tecnológica por meio da telessaúde e a necessidade de comunicação empática e humanizada nos processos de informação ao paciente e à família.

O problema central desta investigação reside na tensão dialética que persiste no interior do sistema jurídico-biomédico brasileiro: de um lado, a autonomia privada do paciente, muitas vezes formalizada por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV); de outro, o dever profissional do médico, balizado pelo princípio da beneficência, pela vedação constitucional e infraconstitucional ao auxílio ao suicídio e à eutanásia ativa, e pela própria deontologia médica. Como conciliar esses vetores normativos sem suprimir qualquer deles?

O objetivo geral deste artigo é analisar como a nova regulamentação federal — a Portaria GM/MS nº 3.681/2024 — em conjunto com o PL 704/2025 de Santa Catarina, impacta juridicamente a tomada de decisão clínica em cenários hospitalares de terminalidade, especialmente quando envolvem pacientes em estado de incapacidade decisória, sem representantes legais ou cuja vontade foi previamente manifestada por instrumentos jurídicos de eficácia ainda controvertida.

Os objetivos específicos são: (i) identificar o substrato constitucional do direito à morte digna e sua relação com o direito à saúde e a autonomia existencial; (ii) examinar o regime jurídico das DAV no Brasil, com ênfase nos limites e na eficácia da Resolução CFM nº 1.995/2012; (iii) analisar criticamente o conteúdo normativo da Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e do PL 704/2025; (iv) investigar o papel dos Comitês de Bioética Hospitalar nas situações de colisão de direitos fundamentais; e (v) mapear a jurisprudência do STJ e dos tribunais estaduais sobre ortotanásia, recusa terapêutica e responsabilidade civil médica na terminalidade.

A metodologia empregada é de natureza qualitativa, fundamentada na análise dogmática e hermenêutica de fontes normativas primárias (Constituição Federal, legislação, resoluções do CFM, portarias ministeriais e projetos de lei), em diálogo com a doutrina jurídica e bioética e com a jurisprudência dos tribunais superiores. Adota-se, como referencial teórico de suporte, a teoria dos direitos fundamentais de Robert Alexy, com ênfase na técnica da ponderação para a resolução de colisões entre princípios constitucionais de igual hierarquia.

Justifica-se o estudo pela necessidade premente, no plano teórico e prático, de harmonizar o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III, CF/88) com o direito social à saúde (Art. 196, CF/88), evitando-se tanto a distanásia — a obstinação terapêutica fútil que prolonga o processo de morrer sem qualquer benefício para o paciente — quanto o abandono assistencial, que vulnera o dever estatal de cuidado e a integridade da relação médico-paciente.

2. O DIREITO À SAÚDE E A DIGNIDADE NO FINAL DA VIDA: FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS E BIOÉTICOS

2.1 A Dignidade da Pessoa Humana como Vetor Hermenêutico Supremo

A Constituição Federal de 1988, ao erigir a dignidade da pessoa humana como fundamento da República (Art. 1º, III), não apenas proferiu um enunciado axiológico, mas instituiu um critério vinculante de interpretação e de aplicação de todo o ordenamento jurídico. A dignidade humana, nesse sentido, não é concedida pelo Estado; ela é reconhecida como atributo inerente à condição humana, preexistente ao direito positivo, que o Estado tem o dever de proteger, promover e não violar.

Essa compreensão tem consequências jurídicas imediatas na seara do biodireito: se a vida é digna por ser humana, o processo de morrer — enquanto etapa inexorável da existência — também há de se desenvolver sob o signo da dignidade. A doutrina constitucionalista contemporânea, a partir de Sarlet (2011), postula que a dignidade impõe tanto uma obrigação

negativa (de não se impor sofrimento desnecessário) quanto uma obrigação positiva (de se assegurar condições de cuidado). A "morte digna", portanto, não é um conceito filosófico abstrato; é um direito fundamental de natureza existencial, diretamente exigível do Estado e da comunidade médica.

O STF, ao julgar questões envolvendo direitos da personalidade e terminalidade da vida, tem reiterado que a interpretação do direito à vida não pode ser reduzida a uma leitura quantitativa — a mera duração biológica — mas deve incorporar uma dimensão qualitativa, comprometida com o florescimento humano (BRASIL, STF, ADPF 54, 2012). A vida protegida constitucionalmente é a vida digna, não a vida a qualquer custo.

2.2 O Direito à Saúde como Direito Integral e Não Apenas Curativo

O Art. 196 da CF/88 estabelece 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 a promoção, proteção e recuperação da saúde. O texto constitucional é suficientemente amplo para abarcar não apenas ações de cura, mas também de cuidado, prevenção do sofrimento e promoção do bem-estar integral — elementos nucleares dos cuidados paliativos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e avaliação impecável e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020). Essa definição revela que o cuidado paliativo não é sinônimo de desistência, mas de uma forma mais complexa e integral de atenção à saúde.

O STJ, em múltiplas decisões, tem assentado que a recusa injustificada de cobertura de tratamentos paliativos por operadoras de planos de saúde constitui violação contratual qualificada e agressão a direitos da personalidade, ensejando indenização por danos morais *in re ipsa*. A lógica subjacente é precisa: se o ordenamento jurídico protege a saúde, e se a saúde, para o paciente terminal, se expressa na forma do alívio da dor, do conforto psíquico e do acompanhamento espiritual, a recusa de tais modalidades de cuidado implica negação do próprio direito à saúde (STJ, AgRg no AREsp 2.863.734/PR, 2025).

2.3 A Construção Doutrinária do Direito à Morte Digna

A doutrina bioética identifica quatro cenários centrais no espectro da terminalidade: (i) a eutanásia ativa, pela qual se antecipa deliberadamente a morte do paciente por ato

comissivo do médico, vedada em todo o ordenamento jurídico brasileiro; (ii) a eutanásia passiva ou ortotanásia, que consiste na suspensão ou não introdução de tratamentos fúteis, permitindo que a morte ocorra pelo curso natural da doença; (iii) a distanásia, que designa a obstinação terapêutica que prolonga artificialmente o processo de morrer, considerada eticamente reprovável; e (iv) o suicídio assistido, no qual o paciente, com o auxílio do médico, põe fim à própria vida, também vedado no Brasil.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM nº 1.805/2006 e do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), reconhece a ortotanásia como conduta eticamente legítima, inclusive como dever do médico. O Art. 41, parágrafo único, do Código de Ética Médica é categórico: "Nos casos de doença incurável e terminal, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados." Trata-se, portanto, de uma obrigação deontológica positiva, não de uma mera faculdade.

3. A PORTARIA GM/MS Nº 3.681/2024 E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

3.1 Contexto, Gênese e Alcance Normativo

Publicada no Diário Oficial da União em 08 de maio de 2024, a Portaria GM/MS nº 3.681/2024 representa o mais abrangente instrumento normativo federal já editado em matéria de cuidados paliativos no Brasil. Antes de sua publicação, a regulamentação do tema era fragmentada, distribuída entre resoluções do CFM, notas técnicas do Ministério da Saúde e iniciativas regionais isoladas, sem coordenação nacional. A portaria preenche essa lacuna institucional ao estabelecer uma política de Estado — e não de governo — com diretrizes, princípios e estrutura organizacional definidos.

Do ponto de vista do ordenamento jurídico-administrativo, a portaria ministerial, embora não seja lei em sentido formal, possui eficácia normativa vinculante para todos os gestores e prestadores de serviços do SUS, operacionalizando o mandamento constitucional do Art. 196 e as disposições da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). Sua natureza é, portanto, de ato normativo infralegal de caráter regulamentar, sujeito ao controle de legalidade pelo Poder Judiciário, mas com plena força cogente no âmbito do sistema de saúde público.

O âmbito de aplicação da norma é universal, abrangendo todos os níveis de atenção à saúde: atenção primária, atenção especializada ambulatorial, hospitalar e de urgência/emergência. Essa integralidade estrutural é, por si, uma ruptura com a lógica anterior,

que circunscrevia os cuidados paliativos a ambientes de internação, geralmente associados aos últimos dias ou horas de vida. A portaria os reposiciona como abordagem transversal que deve ser ativada desde o diagnóstico de doença grave, potencialmente ameaçadora da vida.

3.2 Princípios Norteadores e Inovações Conceituais

A Portaria 3.681/2024 fundamenta-se nos princípios da dignidade da pessoa humana, da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado, da equidade, da autonomia do paciente e da atuação multiprofissional e interdisciplinar. O princípio da autonomia do paciente, em especial, é expressamente reconhecido como diretriz estruturante da política, o que tem reflexos jurídicos relevantes: significa que as preferências do paciente, inclusive quando manifestadas por meio de DAV, devem ser incorporadas ao plano terapêutico como elemento vinculante, e não meramente consultivo.

Sob a perspectiva dos avanços conceituais, a portaria inova ao: (i) estabelecer a obrigatoriedade de identificação precoce de necessidades paliativas já no momento do diagnóstico de doenças graves e crônicas; (ii) determinar a elaboração do Plano de Cuidados Individualizado (PCI), documento que registra as preferências do paciente quanto ao tratamento, intervenções e local de cuidado; (iii) reconhecer expressamente as necessidades espirituais e existenciais como dimensão legítima do cuidado; e (iv) prever a formação de redes integradas de cuidado paliativo, articulando as esferas federal, estadual e municipal.

Particularmente relevante para o campo jurídico é a previsão do Plano de Cuidados Individualizado como instrumento com força de orientação clínico-jurídica. O PCI funciona como um equivalente funcional das DAV no âmbito do SUS: ele documenta a vontade do paciente, quando capaz, ou o melhor interesse do paciente, quando incapaz, servindo como balizador das decisões da equipe assistencial e como elemento de prova em eventuais litígios sobre a conduta médica adotada.

3.3 Desafios Operacionais e Limitações Estruturais

A implementação efetiva da Política Nacional de Cuidados Paliativos enfrenta obstáculos de ordem sistêmica que transcendem a mera boa vontade normativa. Em primeiro lugar, há a questão da disponibilidade e acesso a medicamentos analgésicos opioides, que constituem o alicerce farmacológico do controle da dor no contexto paliativo. A burocracia regulatória vinculada à prescrição, dispensação e transporte de opioides no Brasil permanece excessivamente restritiva, criando barreiras que inviabilizam, na prática, o alívio do sofrimento de milhares de pacientes em regiões afastadas dos grandes centros urbanos.

Em segundo lugar, há o déficit de formação profissional. A maioria dos currículos das faculdades de medicina, enfermagem e demais cursos da área de saúde dedica atenção insuficiente à abordagem paliativa, perpetuando uma cultura exclusivamente curativista que está na raiz da distanásia. A portaria prevê ações de educação continuada, mas sua efetividade depende de investimentos financeiros e de uma reforma mais profunda nos projetos pedagógicos dos cursos de saúde.

Em terceiro lugar, há a questão da infraestrutura. A criação de equipes multiprofissionais de cuidados paliativos dedicadas exige pessoal qualificado, equipamentos específicos e estrutura física adequada — recursos que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os de pequeno porte, simplesmente não dispõem. A portaria fixa metas e diretrizes, mas não cria, por si só, os recursos financeiros necessários para sua implementação, cuja provisão dependerá de deliberações posteriores no âmbito do SUS.

4. AUTONOMIA DO PACIENTE E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: NATUREZA JURÍDICA, EFICÁCIA E LIMITES

4.1 Fundamentos Civilistas e Constitucionais da Autonomia Existencial

A autonomia privada, enquanto princípio civilista, designa o poder reconhecido aos sujeitos de direito de regularem, mediante ato de vontade livre e consciente, as relações jurídicas que lhes dizem respeito. Quando transposta ao terreno das relações biomédicas, ela adquire dimensão existencial mais profunda: não se trata de contratar, mas de decidir sobre o próprio corpo, a própria integridade física, o próprio processo de morrer.

O Art. 15 do Código Civil (Lei nº 10.406/2002) estabelece que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Esse dispositivo, embora escasso em extensão, é denso em significado: ele consagra, em nível infraconstitucional, o direito do paciente de recusar intervenções médicas, mesmo quando a recusa implica risco à vida. A leitura sistemática com o Art. 1º, III (dignidade) e o Art. 5º, II (liberdade) da CF/88 revela que a autonomia do paciente possui status de direito fundamental.

A doutrina civilista contemporânea tem desenvolvido o conceito de "negócio jurídico existencial" para qualificar os atos de disposição do próprio corpo e da própria vida que não possuem conteúdo patrimonial. As DAV se encaixam com precisão nessa categoria: são atos jurídicos unilaterais, de natureza existencial e extrapatrimonial, pelos quais o declarante manifesta sua vontade quanto aos cuidados médicos que deseja ou não receber em cenários futuros de incapacidade decisória. Como negócios jurídicos, sujeitam-se aos requisitos de

validade do Art. 104 do Código Civil: agente capaz, objeto lícito, possível, determinado ou determinável, e forma prescrita ou não defesa em lei.

4.2 O Regime Jurídico das DAV no Brasil: A Resolução CFM nº 1.995/2012

A Resolução CFM nº 1.995/2012 constitui, atualmente, o principal marco normativo das Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico brasileiro. O instrumento regulamentar do Conselho Federal de Medicina, embora não tenha força de lei em sentido formal — sua natureza é de ato normativo autorregulatório de um órgão de classe profissional —, possui eficácia jurídica relevante no plano das relações entre médico e paciente, sendo amplamente reconhecida como orientadora da conduta médica pelos tribunais.

A resolução estabelece que as DAV devem ser consideradas pelo médico como expressão da vontade do paciente, prevalecendo sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive o dos familiares. Essa disposição é da maior importância prática: significa que, diante de uma DAV válida, a família do paciente — por mais que manifeste vontade contrária — não possui legitimidade para revogar ou sobrepor-se às instruções nela contidas. O paciente, ao elaborar a DAV em momento de capacidade plena, exerce, de forma prospectiva, a soberania sobre o próprio corpo.

A resolução permite que a DAV seja registrada por meio de documento escrito particular, não exigindo, em princípio, a forma cartorária. Contudo, em perspectiva de segurança jurídica, é recomendável que o documento seja lavrado por escritura pública, nos termos do Art. 1.640, parágrafo único, do Código Civil, ou ao menos que seja devidamente firmado por testemunhas, assegurando prova robusta da autenticidade e do momento de sua elaboração. A ausência de requisito formal rígido, embora facilite o acesso, gera incerteza quanto à eficácia probatória do documento.

4.3 O Conflito entre Autonomia e Paternalismo Médico: Análise Jurídica

O conflito entre a vontade do paciente e o julgamento clínico do médico — fenômeno descrito na bioética como "paternalismo médico" — manifesta-se de forma mais aguda precisamente nos casos de recusa terapêutica em contextos terminais. O médico, imbuído do dever de preservar a vida e de não causar dano, pode perceber a recusa do paciente como um obstáculo ao cumprimento de sua missão profissional. O paciente, por sua vez, entende que aceitar um tratamento indesejado configura violação à sua integridade física e à sua autodeterminação.

A resolução desse conflito passa necessariamente pela aplicação da técnica da ponderação de princípios, conforme formulada por Alexy (2011). De um lado, pesam os princípios da autonomia privada (Art. 5º, II, CF/88) e da dignidade (Art. 1º, III, CF/88); de outro, os princípios da proteção à vida (Art. 5º, caput) e da beneficência médica. A jurisprudência brasileira, quando chamada a arbitrar esse conflito, tem evoluído no sentido de reconhecer a prevalência da autonomia do paciente consciente e informado, desde que: (i) a manifestação seja livre, sem coação ou pressão; (ii) o paciente tenha recebido informação adequada e suficiente sobre diagnóstico, prognóstico e consequências da recusa; e (iii) a recusa não implique prática vedada pelo ordenamento, como o pedido de eutanásia ativa.

A Apelação Cível nº 0007253-20.2013.8.19.0021 do TJRJ explicita esse raciocínio ponderativo: o Desembargador Relator, após reconhecer que o direito à vida não equivale a um dever de suportar sofrimento ilimitado, ponderou que a recusa de tratamento fútil em paciente terminal não configura abandono médico, mas sim respeito à integridade psicofísica e à autodeterminação do paciente, valores que compõem o núcleo essencial da dignidade humana.

5. OS COMITÊS DE BIOÉTICA HOSPITALAR E A PROTEÇÃO DO PACIENTE VULNERÁVEL

5.1 Função e Composição dos Comitês de Bioética Hospitalar

Os Comitês de Bioética Hospitalar (CBH) emergiram, ao longo das últimas décadas, como instâncias consultivas fundamentais para a mediação de conflitos éticos e jurídicos que surgem no cotidiano das instituições de saúde. Embora não possuam natureza deliberativa — suas recomendações não substituem a decisão clínica do médico responsável, nem têm força de sentença judicial —, os CBH exercem função normativa informal de inegável relevância, moldando práticas institucionais, formulando protocolos e oferecendo suporte decisional à equipe de saúde.

A composição multidisciplinar é condição de legitimidade do CBH. Um comitê que reúna médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, filósofos, juristas, representantes da comunidade e, quando possível, representantes dos pacientes e familiares, está mais capacitado para capturar a complexidade das situações que lhe são submetidas e para produzir recomendações que reflitam genuinamente o "melhor interesse do paciente", critério normativo central tanto na bioética quanto no Direito de Família aplicado às situações de incapacidade.

5.2 O Papel do CBH nas Situações de Incapacidade Decisória sem Representação Legal

A maior complexidade bioético-jurídica ocorre quando o paciente se encontra em estado de incapacidade decisória — em razão de sedação, coma, demência avançada ou outra condição que comprometa sua competência cognitiva — e não deixou DAV nem possui representantes legais identificados. Nesses casos, o vácuo de representação cria um risco institucional duplo: por um lado, o risco de a equipe médica adotar, por inércia ou comodidade, a conduta de máxima intervenção (distanásia); por outro, o risco de se optar pela retirada de suporte sem o *due process* que a gravidade da situação exige.

A Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e o PL 704/2025 de Santa Catarina reforçam explicitamente o papel dos CBH nesse cenário, determinando que a tomada de decisão sobre planos de cuidados em casos de incapacidade seja realizada mediante processo de deliberação colegiada, documentada, e orientada pelo "melhor interesse do paciente" aferido a partir de elementos biográficos — seus valores, crenças, história de vida, manifestações anteriores de preferência — que a equipe deve reconstituir a partir do contato com familiares, amigos e documentos pessoais disponíveis.

Sob a perspectiva jurídica, o procedimento deliberativo do CBH funciona como uma espécie de *due process* bioético, que, embora não substitua o processo judicial, oferece uma garantia procedimental contra a arbitrariedade. A documentação meticulosa das deliberações do CBH tem valor probatório relevante em eventual ação de responsabilidade civil ou penal contra o médico: demonstra que a conduta adotada não foi unilateral, impulsiva ou negligente, mas o resultado de um processo racional, informado e colegiado.

6. O PROJETO DE LEI Nº 704/2025 DE SANTA CATARINA: DIMENSÃO SOCIAL, GÊNERO E INOVAÇÕES NORMATIVAS

6.1 Contexto Legislativo e Estrutura do Projeto

O Projeto de Lei nº 704/2025, em tramitação na Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, propõe a instituição da Política Estadual de Cuidados Paliativos, complementando e densificando, no âmbito estadual, as diretrizes federais fixadas pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024. A iniciativa legislativa revela uma consciência política de que a saúde é uma competência comum dos entes federativos (Art. 23, II, CF/88) e que as especificidades locais — epidemiológicas, geográficas, culturais e socioeconômicas — demandam regulação suplementar dos estados.

O projeto estrutura-se em torno de princípios análogos aos da política federal, mas acrescenta dimensões inovadoras que merecem destaque analítico. A mais relevante, sob a

perspectiva do Direito e das Ciências Sociais, é o reconhecimento explícito da dimensão de gênero nos cuidados paliativos: a exposição de motivos do projeto identifica que são majoritariamente mulheres — em particular, mães — que assumem o papel de cuidadoras informais de pacientes com patologias graves, sem remuneração, sem suporte institucional e frequentemente à margem do sistema previdenciário.

6.2 Gênero, Cuidado e Vulnerabilidade: Uma Análise Jurídica Estrutural

A feminização do cuidado é um fenômeno estrutural profundamente enraizado nas desigualdades de gênero que marcam a sociedade brasileira. Dados do IBGE (2023) indicam que as mulheres dedicam, em média, mais do dobro de horas semanais ao trabalho doméstico e de cuidado em comparação aos homens. Quando se trata de cuidado de familiar gravemente enfermo, essa assimetria se acentua: a mulher frequentemente abandona o mercado de trabalho, perde renda, isola-se socialmente e desenvolve quadros de esgotamento físico e psíquico — o que a bioética designa como "síndrome do cuidador".

O PL 704/2025 de Santa Catarina inova ao reconhecer, ainda que de forma incipiente, que a política de cuidados paliativos não pode ser neutra em relação ao gênero. Ao prever suporte psicológico, assistência social e eventuais benefícios para as cuidadoras, o projeto aponta na direção de uma política de saúde sensível às desigualdades estruturais, alinhando-se ao marco normativo da Lei Maria da Penha e da Lei nº 13.005/2014 (Plano Nacional de Educação) no que tange à transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas.

Do ponto de vista da teoria jurídica, essa abordagem conecta-se à noção de "igualdade substantiva" (ou material), consagrada no Art. 5º, caput e I, da CF/88: a igualdade real entre os gêneros não se realiza pela mera abstenção estatal discriminatória, mas exige políticas afirmativas que compensem as desigualdades socialmente produzidas. A inclusão da dimensão de gênero nos cuidados paliativos é, portanto, uma exigência constitucional, não uma concessão política.

6.3 Telessaúde e Integração Institucional: Inovações Estruturais do PL 704/2025

O PL 704/2025 prevê, entre seus instrumentos operacionais, a utilização da telessaúde como mecanismo de ampliação do acesso aos cuidados paliativos em regiões de difícil acesso geográfico. A telessaúde, já regulamentada em âmbito federal pela Resolução CFM nº 2.314/2022 e pela Lei nº 14.510/2022 (Lei da Telemedicina), apresenta potencial transformador para a universalização dos cuidados paliativos em um país de dimensões continentais como o

Brasil, onde a concentração de especialistas nas capitais e nos grandes centros urbanos cria disparidades geográficas profundas no acesso ao cuidado.

A previsão da emenda modificativa ao PL 704/2025, que reforça o princípio da "comunicação empática, honesta e humanizada", possui um substrato ético e jurídico relevante. A comunicação adequada entre médico, equipe, paciente e família é não apenas um imperativo ético, mas uma obrigação legal: o Art. 22 do Código de Ética Médica veda ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de iminente perigo de vida. Em contextos paliativos, a comunicação honesta sobre prognóstico é frequentemente omitida — fenômeno designado como "conspiração do silêncio" —, o que impede o paciente de exercer sua autonomia no planejamento dos últimos momentos de vida.

7. ANÁLISE JURISPRUDENCIAL: ORTOTANÁSIA, RECUSA TERAPÊUTICA E RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

7.1 A Jurisprudência do STJ sobre Cuidados Paliativos e Responsabilidade Civil

O Superior Tribunal de Justiça tem desempenhado papel relevante na construção jurisprudencial do direito à morte digna e na delimitação das responsabilidades dos atores do sistema de saúde. Em recente decisão proferida no Agravo em Recurso Especial nº 2.863.734/PR (Terceira Turma, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 28.04.2025), a Corte reafirmou a tese de que a negativa de cobertura de tratamentos paliativos essenciais por operadoras de planos de saúde configura dano moral *in re ipsa*, presumido em razão da situação de extrema vulnerabilidade do paciente terminal, independentemente da comprovação de dor ou angústia específica pelo autor.

Esse entendimento tem consequências sistêmicas importantes. Ao presumir o dano moral na hipótese de negativa de cuidados paliativos, o STJ cria um incentivo econômico poderoso para que as operadoras de saúde passem a incluir e custear, proativamente, esse tipo de atenção. A lógica da responsabilidade civil, nesse contexto, funciona como instrumento de política pública: o risco de condenação induz o comportamento desejado pelo ordenamento jurídico.

Em outros precedentes, o STJ tem reconhecido a validade da recusa de tratamento por parte de pacientes adultos, capazes e informados, mesmo em situações potencialmente fatais, desde que demonstrada a ausência de coação e a adequação do consentimento informado. A autonomia do paciente, nesses casos, é tratada como um direito de primeira geração — um

espaço de liberdade que o Estado e os particulares, inclusive os médicos, têm o dever de respeitar.

7.2 Ortotanásia e Ponderação de Direitos Fundamentais nos Tribunais de Justiça

Os Tribunais de Justiça estaduais, em especial o TJRJ, TJSP e TJRS, têm desenvolvido jurisprudência crescente sobre colisões de direitos fundamentais em contextos de terminalidade. Em grande parte dos casos, os tribunais utilizam explicitamente a técnica da ponderação alexyiana para resolver conflitos entre o direito à vida, a autonomia do paciente, o dever de cuidado do médico e os interesses dos familiares.

O caso apreciado pelo TJRJ na Apelação Cível nº 0007253-20.2013.8.19.0021 é paradigmático nesse sentido. O Desembargador Relator, após extenso exame doutrinário e constitucional, estabeleceu que o direito à vida, consagrado no Art. 5º, caput, da CF/88, não pode ser interpretado como um "dever de sofrimento" ou como uma obrigação incondicional de se submeter a qualquer tratamento disponível. Reconheceu, ademais, que a suspensão de tratamentos fúteis em paciente terminal, documentada e deliberada de forma colegiada, é compatível com o ordenamento constitucional e configura exercício legítimo da ortotanásia.

É digno de nota que a crescente judicialização das decisões de fim de vida — fenômeno amplamente documentado nos EUA, Reino Unido e Holanda — começa a se manifestar no Brasil, ainda que em escala menor. A existência de uma política nacional robusta de cuidados paliativos, lastreada em instrumentos como o Plano de Cuidados Individualizado, pode contribuir significativamente para a redução dessa judicialização, ao oferecer ao sistema de saúde ferramentas institucionais adequadas para a gestão dos conflitos, antes que eles cheguem ao Poder Judiciário.

7.3 Responsabilidade Penal e Civil do Médico na Terminalidade

Do ponto de vista da responsabilidade penal, a questão central é distinguir a ortotanásia — conduta lícita — da omissão de socorro (Art. 135 do Código Penal) e do homicídio por omissão (Art. 121, § 2º, do CP). O médico que suspende tratamento fútil, mediante processo deliberativo documentado e em consonância com as diretrizes do CFM e da Portaria 3.681/2024, age em exercício regular do direito (Art. 23, III, do CP), causa excludente de antijuridicidade. A conduta só seria penalmente relevante se houvesse intenção de antecipar a morte do paciente por motivos escusos, desvinculados do cuidado.

Na esfera da responsabilidade civil, a conduta médica em contextos paliativos é regida pelo critério da responsabilidade subjetiva (Art. 951 do Código Civil c/c Art. 14, § 4º, do CDC),

exigindo a demonstração de culpa. Contudo, em situações de não oferta de cuidados paliativos adequados, os tribunais têm aplicado a teoria da perda de uma chance — tanto na modalidade de perda de chance de cura, quanto na modalidade de perda de chance de uma morte digna —, ampliando a responsabilidade do prestador de saúde para além do resultado morte.

8. CONCLUSÃO

O percurso analítico trilhado ao longo deste artigo revelou a complexidade e a riqueza do debate jurídico-bioético em torno da terminalidade da vida no Brasil contemporâneo. A tensão entre autonomia e beneficência — entre o direito do paciente de decidir sobre o próprio processo de morrer e o dever médico de não abandonar o cuidado — não é um conflito irresolúvel, mas um desafio que exige instrumentos normativos adequados, formação profissional especializada e uma cultura institucional comprometida com a dignidade humana em sua dimensão integral.

A Portaria GM/MS nº 3.681/2024 representa um avanço normativo inegável: ao institucionalizar a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, ela cria o arcabouço jurídico-institucional necessário para a transição do modelo curativista para o modelo humanista de atenção à saúde. A previsão do Plano de Cuidados Individualizado como instrumento de documentação da vontade do paciente fortalece a efetividade das DAV e pode contribuir para reduzir a judicialização das decisões de fim de vida.

O PL 704/2025 de Santa Catarina, por sua vez, aprofunda o debate ao inserir dimensões que o texto federal ainda não contempla adequadamente: a vulnerabilidade de gênero das cuidadoras informais, a integração tecnológica por meio da tele saúde e a necessidade de comunicação empática como obrigação jurídico-ética. Essas inovações revelam que a política de cuidados paliativos não é um tema setorial restrito à Medicina, mas uma política pública de múltiplas interfaces — com o Direito de Família, o Direito Previdenciário, as políticas de gênero e a regulação da telemedicina.

As Diretivas Antecipadas de Vontade, regulamentadas pela Resolução CFM nº 1.995/2012, constituem o instrumento jurídico mais eficaz para a operacionalização da autonomia existencial do paciente terminal. Sua efetividade, contudo, depende de maior conhecimento da população sobre sua existência e seus efeitos, de padronização formal que garanta segurança jurídica e de integração com o prontuário eletrônico do paciente no SUS. O debate sobre uma lei federal regulamentadora das DAV — como ocorre em Portugal, Espanha e Argentina — está maduro no Brasil e deve ser aprofundado.

Os Comitês de Bioética Hospitalar emergem, nesse panorama, como instâncias mediadoras indispensáveis, capazes de oferecer ao sistema de saúde um espaço de deliberação colegiada, interdisciplinar e transparente para os casos mais complexos. Seu fortalecimento, previsto tanto na Portaria 3.681/2024 quanto no PL 704/2025, é condição *sine qua non* para que o exercício da medicina terminal se realize sob o signo da ética, do direito e da humanidade.

Conclui-se, em síntese, que o direito à morte digna é um direito fundamental implícito na Constituição Federal de 1988, derivado da leitura sistemática dos princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia, da saúde integral e da vedação ao tratamento degradante. Sua efetividade não se alcança apenas com normativas bem redigidas: ela exige vontade política para o financiamento adequado do SUS, reforma curricular nos cursos de saúde, fortalecimento da rede de cuidados paliativos em todo o território nacional e, sobretudo, uma mudança cultural profunda que permita à sociedade brasileira encarar a morte não como fracasso, mas como etapa da existência humana que merece — e exige — cuidado, respeito e dignidade.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: maio 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002.
- BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Institui e disciplina a prática da telemedicina. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 maio 2024.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 2.863.734/PR. Relator: Ministro Moura Ribeiro. Terceira Turma. Julgado em 28 abr. 2025. Brasília, DF: STJ, 2025.

- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Relator: Ministro Marco Aurélio Mello. Tribunal Pleno. Julgado em 12 abr. 2012. Brasília, DF: STF, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Brasília, DF: CFM, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018 (com alterações das Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019).
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.314/2022. Define e regulamenta a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, DF: CFM, 2022.
- DADALTO, Luciana. Testamento Vital. 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2022.
- FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Lições de Direito Econômico da Saúde. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2023: Outras Formas de Trabalho. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a Morte e o Morrer. Tradução de Paulo Menezes. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- NUNES, Rui. Guidelines sobre Ressuscitação Cardiopulmonar. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). Palliative Care. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: maio 2025.
- PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas Atuais de Bioética. 11. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola, 2014.
- SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei nº 704/2025. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito do Estado de Santa Catarina e dá outras providências. Florianópolis: ALESC, 2025.

- SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade (da Pessoa) Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 207-221, jan./mar. 2004.
- TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO. Apelação Cível nº 0007253-20.2013.8.19.0021. Relator: Des. Horácio dos Santos Ribeiro Neto. Julgado em 15 fev. 2022. Rio de Janeiro: TJRJ, 2022.