



AUTONOMIA E TENSÕES BIOÉTICAS IDENTIFICADAS NA MORTE ASSISTIDA EM CONTEXTOS DE FIM DE VIDA: REVISÃO INTEGRATIVA

Autonomy and bioethical tensions identified in assisted death in end-of-life contexts: integrative review

Autonomía y tensiones bioéticas identificadas en la muerte asistida en contextos de fin de vida: revisión integrativa

Carliana Ingrid de Castro Silva, Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: carlianaingrid2016@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8633-4279>

Emidio José de Souza, Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: emidiomedico@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4883-4939>

Hugo Leandro Andrade Paiva, Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: hugopaiva57@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0121-752X>

Jardel Pessoa Medeiros, Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: jardelpessoamedeiros@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9485-3255>

Milena Nunes Alves de Sousa, Docente no Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: milenanunes@fiponline.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8327-9147>

DOI: 10.61223/coopex.v17i01.7725

Autor correspondente: Milena Nunes Alves de Sousa.

Submetido: 20/12/2025

Aprovado: 13/01/2026

Resumo

A morte assistida em contextos de fim de vida configura um dos temas mais controvertidos da bioética contemporânea, especialmente quando fundamentada na autonomia do paciente. Buscou-se analisar a autonomia e as tensões bioéticas identificadas na morte assistida em contextos de fim de vida, por meio de revisão integrativa da literatura publicada entre 2015 e 2025, que resultou na inclusão de 12 artigos com abordagem predominantemente teórica e argumentativa. Os achados mostram que, embora a autonomia seja amplamente utilizada como justificativa para a morte assistida, ela é insuficiente quando considerada isoladamente, diante de fatores como subdiagnóstico de depressão, fragilidades na avaliação da capacidade decisória, expansão de critérios e maior exposição de grupos vulneráveis. Conclui-se que a morte assistida só pode ser eticamente discutida quando a autonomia é articulada a salvaguardas clínicas rigorosas, acesso efetivo a cuidados paliativos e mecanismos específicos de proteção a populações em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-Chave: Bioética. Suicídio assistido. Autonomia pessoal. Assistência terminal.

Abstract

Assisted dying in end-of-life contexts is one of the most controversial topics in contemporary bioethics, especially when grounded in patient autonomy. This study sought to analyze the bioethical implications of patient autonomy in the decision for assisted dying in end-of-life contexts, through an integrative review of the literature published between 2015 and 2025, which resulted in the inclusion of 12 articles with a predominantly theoretical and argumentative approach. The findings show that, although autonomy is widely used as a justification for assisted dying, it is insufficient when considered in isolation, in light of factors such as underdiagnosis of depression, weaknesses in the assessment of decision-making capacity, expansion of eligibility criteria and greater exposure of vulnerable groups. It is concluded that assisted dying can only be ethically discussed when autonomy is articulated with rigorous clinical safeguards, effective access to palliative care, and specific mechanisms to protect populations in situations of social vulnerability.

Keywords: Bioethics. Suicide, Assisted. Personal Autonomy. Terminal Care.

Resumen

La muerte asistida en contextos de fin de vida constituye uno de los temas más controvertidos de la bioética contemporánea, especialmente cuando se basa en la autonomía del paciente. Se buscó analizar la autonomía y las tensiones bioéticas identificadas en la muerte asistida en contextos de fin de vida, mediante una revisión integrativa de la literatura publicada entre 2015 y 2025, que dio como resultado la inclusión de 12 artículos con un enfoque predominantemente teórico y argumentativo. Los resultados muestran que, aunque la autonomía se utiliza ampliamente como justificación para la muerte asistida, es insuficiente cuando se considera de forma aislada, ante factores como el infradiagnóstico de la depresión, las deficiencias en la evaluación de la capacidad de decisión, la ampliación de los criterios y la mayor exposición de los grupos vulnerables. Se concluye que la muerte asistida solo puede discutirse éticamente cuando la autonomía se articula con salvaguardas clínicas rigurosas, acceso efectivo a cuidados paliativos y mecanismos específicos de protección de las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

Palabras clave: Bioética. Suicidio asistido. Autonomía personal. Asistencia terminal.

Introdução

A morte assistida representa uma questão bioética fundamental e profundamente complexa no contexto contemporâneo do cuidado em fim de vida. Os avanços tecnológicos e terapêuticos médicos, aliados ao desenvolvimento aprimorado de cuidados paliativos, tem intensificado os debates globais acerca da legitimidade ética e legal da morte assistida em suas diversas modalidades (Callahan; Dugdale; Lerner, 2019; Fontalis; Kulkarni; Prousali, 2018).

A autonomia do paciente emergiu como um dos princípios centrais da bioética moderna, particularmente desde a revolução conceptual que deslocou o modelo centrado no paternalismo médico para uma abordagem fundamentada no respeito às escolhas individuais e na autodeterminação (Dige; Petersen, 2023; Fontalis; Kulkarni; Prousali, 2018). No entanto, o exercício desta autonomia em decisões que envolvem o término da vida apresenta desafios éticos substanciais, uma vez que frequentemente ocorre em contextos caracterizados por sofrimento intratável, deterioração progressiva da capacidade laborativa e vulnerabilidade psicológica (Kerstein, 2019; Kissane; Mendz, 2020).

A questão da morte assistida não é exclusivamente um dilema clínico ou jurídico, mas fundamentalmente um desafio bioético que integra dimensões filosóficas, legais, sociais e religiosas. Diferentes jurisdições adotaram posicionamentos divergentes sobre a matéria: alguns países como Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Canadá e determinados estados norte-americanos legalizaram práticas de morte assistida sob regulações específicas, enquanto a maioria das legislações mundiais mantém tais práticas como criminalizadas (Dugdale; Lerner; Callahan, 2019). Esta pluralidade de abordagens reflete a ausência de consenso no debate bioético internacional.

Além disso, a literatura contemporânea aponta para uma lacuna crítica na formação de profissionais de saúde em relação às competências éticas necessárias para lidar com questões de fim de vida (Callahan; Dugdale; Lerner, 2019; Fontalis; Kulkarni; Prousali, 2018). A maioria dos profissionais da saúde apresentaram fragilidade na sua formação acadêmica quanto a tomada de decisões complexas que envolvam a autonomia do paciente em contextos de morte assistida, permanecendo incertos sobre como balancear princípios bioéticos frequentemente conflitantes como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça.

Particularmente relevante é a crescente mobilização de grupos de defesa de direitos humanos, incluindo movimentos que representam pessoas com deficiência, que questionam criticamente as narrativas convencionais de bioética sobre morte assistida. Estes grupos apontam que análises reducionistas da autonomia falham em considerar as dimensões estruturais de opressão social e inacessibilidade que podem coagir indivíduos vulneráveis a elegerem o término da vida como sua única opção (Stramondo, 2016).

Reconhecendo as lacunas existentes entre as perspectivas bioéticas predominantes e as análises críticas emergentes, este trabalho propõe-se analisar a autonomia e as tensões bioéticas identificadas na morte assistida em contextos de fim de vida. Tal empreendimento contribuirá para a construção de uma compreensão mais pluralista das implicações éticas da autonomia em contextos de morte assistida, fornecendo fundamentos teóricos e práticos que subsidiem futuras políticas públicas e orientações profissionais no cuidado em fim de vida.

Método

O presente estudo consiste em uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), que é uma metodologia de síntese do conhecimento que reúne e organiza resultados de estudos relevantes, com o objetivo de apoiar a prática baseada em evidências em saúde (Souza; Silva; Carvalho, 2010). Além de possibilitar a incorporação da aplicabilidade dos achados na prática, a RIL permite mapear, avaliar criticamente e integrar produções científicas com diferentes delineamentos, de modo a identificar lacunas e direções para futuras pesquisas (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

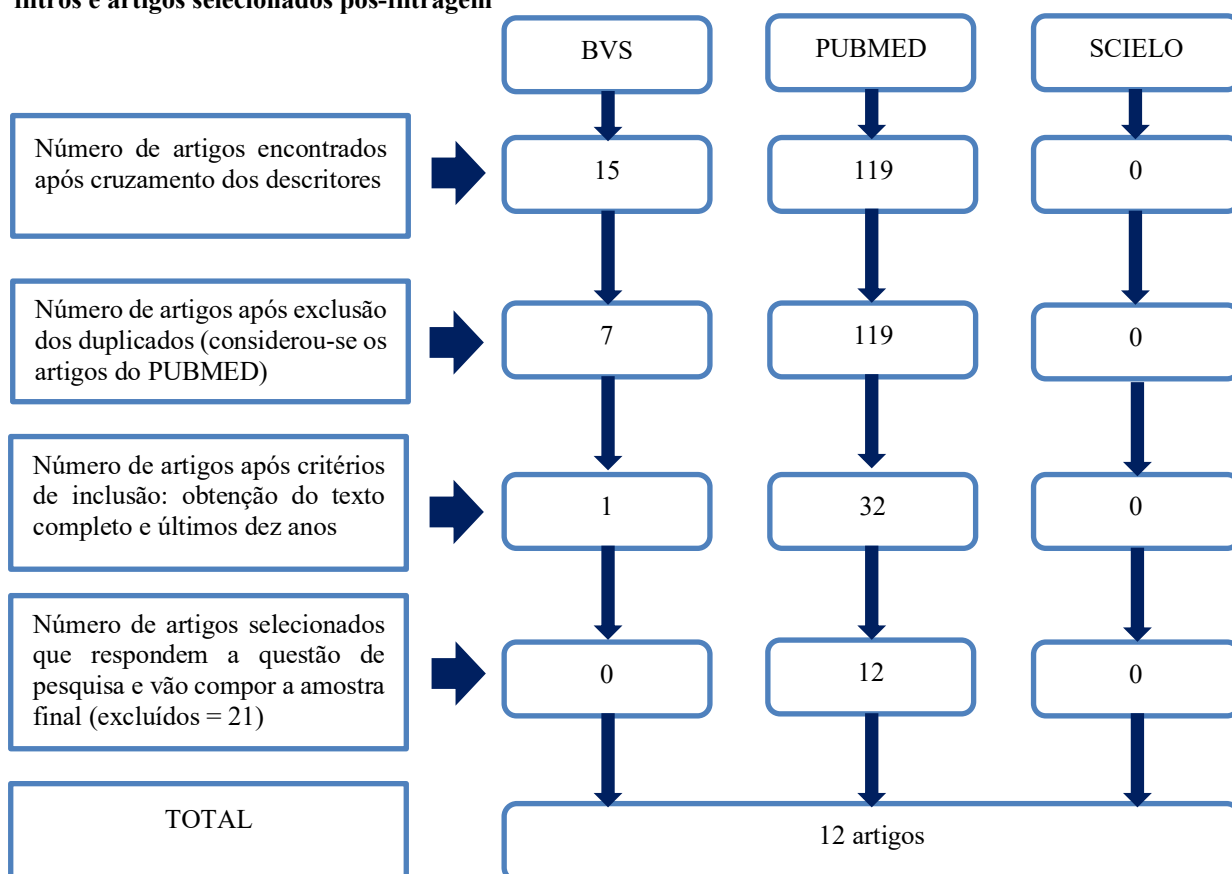
Existem seis passos principais para a elaboração de uma RIL, sendo elas: definição da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, realização da análise crítica dos resultados, discussão dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão integrativa (De Sousa; Bezerra; Do Egypto, 2023).

O presente estudo utilizou como pergunta norteadora: quais tensões éticas emergem da aplicação do princípio da autonomia na morte assistida em contextos de fim de vida? Para respondê-la, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Bioética”, “Suicídio assistido”, “Autonomia pessoal” e “Assistência terminal”, cruzados a partir do operador booleano “AND”, para pesquisa nos buscadores eletrônicos Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), *National Library of Medicine and the National Institutes Health* (PUBMED) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

A seleção dos trabalhos seguiu como critérios de inclusão: recorte temporal dos últimos dez anos (2015 a 2025) e possibilidade de acesso ao texto completo. Não houve limitação de idioma para a inclusão dos estudos na revisão, permitindo uma cobertura mais abrangente da literatura disponível. Excluíram-se os documentos com data de publicação anterior a 2015, que não estavam disponíveis em sua versão completa e que não respondiam à pergunta norteadora. A busca inicial identificou 134 trabalhos e após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 12 artigos compuseram a amostra final (Fluxograma 1).

Fluxograma 1. Especificação dos artigos quanto ao sítio eletrônico, artigos identificados sem utilização dos filtros e artigos selecionados pós-filtragem



Fonte: Autoria própria, 2025.

Após a identificação dos estudos, foi realizada a leitura de títulos, palavras-chave e resumos, seguida da análise criteriosa de todo o documento, selecionando-se as variáveis:

autores, ano, título do artigo, tipo de estudo e revista de publicação. Posteriormente, os artigos foram categorizados a partir dos seus principais achados, possibilitando a análise, interpretação e discussão dos resultados.

Resultados

A análise dos artigos demonstrou que a revista com artigos mais utilizados foi a *Bioethics*, correspondendo a 25% dos resultados. Com relação à metodologia adotada, observou-se que a abordagem adotada permeia pelo gênero argumentativo, homoganeamente qualitativo, não cabendo ao tipo de estudo uma análise quantitativa. Ainda, o ano com maior número de publicações correspondeu a 2016 (n=4), cabendo cerca de 33% dos artigos, já o ano de publicação mais recente foi 2025, representando 8,33% dos trabalhos publicados (Quadro 1).

Quadro 1: Caracterização geral dos estudos

Autores (ano)	Títulos	Tipos de estudo	Periódicos
Albore <i>et al.</i> (2025)	“Reconsidering dependence on life-sustaining treatment as a criterion for assisted suicide: the Italian legal unicum in comparative perspective”	Estudo de análise crítico-normativa e revisão de literatura bioético-jurídica e clínica	Frontiers in Public Health
Dugdale, Lerner e Callahan (2019)	Pros and Cons of Physician Aid in Dying	Estudo argumentativo	Yale Journal of Biology and Medicine
Espericueta (2024)	Euthanasia in detention and the ethics of caring solidarity: A case study of the “Tarragona Gunman”	Estudo teórico-normativo sobre um estudo de caso	Bioethics
Fontalis, Prousalis e Kulkarni (2018)	Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate?	revisão narrativa/analítica	Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)
Holm (2016)	Undignified Arguments: A Critique	Estudo teórico-argumentativo	Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics
Kerstein (2019)	Hastening death and respect for dignity: Kantianism at the end of life	Estudo de análise conceitual e argumentativa em chave kantiana	Bioethics
Marceta (2021)	Authenticity and physician-assisted suicide: a reply to Ahlén	Estudo de caráter teórico-argumentativo	Medicine, Health Care and Philosophy (Springer Nature)

Autores (ano)	Títulos	Tipos de estudo	Periódicos
Mendz e Kissane (2020)	Agency, Autonomy and Euthanasia	Estudo de caráter conceitual e argumentativo	The Journal of Law, Medicine & Ethics
Petersen e Dige (2023)	Título do artigo: Critique of autonomy-based arguments against legalising assisted dying	Estudo de análise conceitual e argumentativa	Bioethics
Shaner (2016)	Ethical Analysis for Physicians Considering the Provision of Life-Ending Medication in Compliance with the California End of Life Option Act	Estudo de análise normativa e argumentativa	The Permanente Journal (Perm J)
Stramondo (2016)	Why Bioethics Needs a Disability Moral Psychology	Estudo teórico/argumentativo	Hastings Center Report
Yang e Curlin (2016)	Why Physicians Should Oppose Assisted Suicide	Ensaio argumentativo	JAMA – Journal of the American Medical Association

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

No que compete à categorização dos estudos, optou-se pela apresentação das tensões favoráveis e contra à morte assistida, estando o argumento da autonomia incluso, e a partir de então, a subdivisão relativa aos argumentos específicos que mais se repetiram entre os autores. Dentre os argumentos favoráveis, aquele com maior discussão entre os autores foi referente a autonomia como um direito que o indivíduo tem de decidir sobre sua morte, correspondendo a mais de 58% dos trabalhos, resultado esperado frente ao tema. Em seguida, na mesma linha de argumentos defensivos, a segunda tensão mais debatida foi referente ao uso da morte assistida como uma ferramenta de alívio em situações de sofrimento refratário, totalizando 33,33% dos trabalhos em questão.

Em relação aos argumentos contrários à morte assistida, observou-se um maior número de tensões em relação ao número de argumentos favoráveis, com uma diferença percentual de 40%. Os argumentos mais debatidos entre os autores foram sobre a participação médica no processo como sendo algo negativo que poderia induzir a naturalização da morte assistida e seu avanço; e o perigo da tomada dessa decisão frente ao sofrimento existencial, o que poderia tender a decisão do indivíduo e causar o comprometimento de sua plena autonomia, cada argumento totalizando 33,33% presença nos estudos em questão. As demais tensões com menor frequência estão listadas também no Quadro 2.

Quadro 2: Categorização dos resultados dos estudos

Categorias	Subcategorias	Autores (Ano)	N	%
Tensões bioéticas a favor da morte assistida	Autonomia: direito de decidir sobre sua morte	Albore <i>et al.</i> (2025); Dugdale, Lerner e Callahan (2019); Espericueta (2024); Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018); Kerstein (2019); Shaner (2016); Yang e Curlin (2016);	7	58,33
	Ferramenta de alívio: quando há sofrimento refratário	Albore <i>et al.</i> (2025); Dugdale, Lerner e Callahan (2019); Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018); Shaner (2016);	4	33,33
	Auxílio médico para morrer: forma segura	Dugdale, Lerner e Callahan (2019);	1	8,33
	Abordagem centrada no paciente: decisão compartilhada	Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018);	1	8,33
	Dignidade da pessoa com demência: garantia de morte assistida	Holm (2016);	1	8,33
Tensões bioéticas contra a morte assistida	Contágio suicida: aumento de suicídio em grupos	Dugdale, Lerner e Callahan (2019);	1	8,33
	Participação médica: naturalização e permissividade progressiva	Dugdale, Lerner e Callahan (2019); Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018); Kerstein (2019); Yang e Curlin (2016);	4	33,33
	Autenticidade: insuficiente como único critério para autorização de morte assistida	Marceta (2021);	1	8,33
	Distorção de valores: dependência e sofrimento inaceitáveis	Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018);	1	8,33
	Afetar grupos vulneráveis: idosos, menor escolaridade, residentes em instituições	Dugdale, Lerner e Callahan (2019); Petersen e Dige (2023);	2	16,66
	Direito à vida e santidade da vida: vida tem valor intrínseco	Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018);	1	8,33
	Fatores de sofrimento existencial: tomada de decisões potencialmente não autônomas	Kerstein (2019); Mendz e Kissane (2020); Stramondo (2016); Petersen e Dige (2023);	4	33,33

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

Discussão

O exercício da autonomia do paciente em decisões sobre morte assistida representa um dilema complexo da bioética contemporânea. Essa complexidade é potencializada especialmente em contextos de fim de vida, caracterizados por sofrimento refratário e condições irreversíveis. A questão que permeia este debate é se o respeito pela autodeterminação do indivíduo deve prevalecer sobre outras considerações éticas, legais e clínicas quando um paciente solicita auxílio para encerrar sua vida (Garrard; Wilkinson, 2025; Ortega, 2024).

Para responder a essa questão, a literatura científica sobre morte assistida apresenta-se estruturada em múltiplos registros de análise que não podem ser reduzidos a uma única dimensão. Dugdale, Lerner e Callahan (2019) e Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018) fornecem um mapeamento amplo dos argumentos em circulação no debate público e legislativo. Por sua vez, Holm (2016), Kerstein (2019) e O'Neill (2002) operam em nível de análise conceitual sobre os fundamentos filosóficos de autonomia e dignidade que sustentam essas argumentações. Outrossim, Shaner (2016), Albore *et al.* (2025) e Espericueta (2024) enfocam dimensões clínicas, legislativas e éticas de implementação dessas categorias abstratas em decisões concretas de fim de vida.

Nesse contexto, tenta-se utilizar a autonomia como justificativa para a morte assistida, particularmente conforme apresentado por Dugdale, Lerner e Callahan (2019). Esses autores aplicam a estrutura-base de quatro princípios desenvolvida por Beauchamp e Childress (2012), que estabelece a autonomia como um dos pilares da bioética moderna. Porém, essa operacionalização enfrenta tensões significativas (Dubois, 2008; Grisso; Appelbaum, 1998; Mello; Parker, 2024).

Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018) demonstram que a autonomia não funciona isoladamente, mas opera em conflito direto com o direito à vida, conforme estabelecido pela Convenção Europeia de Direitos Humanos (European Parliament, 2025). Enquanto Beauchamp e Childress (2012) propõem que respeitar a autonomia significa respeitar pessoas capazes de tomar decisões informadas, os dados clínicos revelam lacuna importante entre teoria e prática.

Nessa perspectiva, observa-se que, em Oregon, jurisdição que permite a morte assistida, apenas 5% dos solicitantes são encaminhados a psiquiatras para avaliação de depressão clínica,

apesar de até 50% dos pacientes com câncer apresentarem sintomas depressivos (Dugdale; Lerner; Callahan, 2019). Esse dado sugere que a validação da autonomia no contexto clínico não corresponde ao rigor proposto pela estrutura-base teórica e parece comprometer a premissa de que a autonomia funciona como justificativa suficiente para a morte assistida, especialmente quando não há validação sistemática de que a decisão não está comprometida por condição clínica não diagnosticada (Mitchell; Vaze; Rao, 2009; Mello; Parker, 2024).

Na mesma linha de raciocínio, Kerstein (2019) questiona se a autonomia é razão suficiente para a morte assistida, recorrendo a Kant (1785). Para este autor, a dignidade é um valor que não pode ser descartado. Ela não emerge de preferências momentâneas, mas do reconhecimento de que toda pessoa merece ser respeitada como fim em si mesma, e não como meio para alcançar objetivos.

Kerstein (2019) contrasta essa posição com Dugdale, Lerner e Callahan (2019), os quais aceitam a morte assistida como válida diante do desejo autônomo, sem exigir que a escolha seja consistente com a noção de dignidade inalienável. O'Neill (2002), por sua vez, complementa essa crítica ao afirmar que a autonomia não é propriedade isolada do indivíduo, mas depende de relacionamentos e reconhecimento social. Portanto, validar a autonomia para a morte assistida requer verificar não apenas se a pessoa consegue decidir formalmente, mas também se suas relações e seu contexto social permitem uma decisão genuinamente livre.

Outro aspecto importante a ser mencionado são os dados apresentados por Dugdale, Lerner e Callahan (2019). Esses dados mostram o seguinte problema crítico: metade dos pacientes com câncer apresenta depressão, mas apenas 5% recebem avaliação psiquiátrica. Nesse sentido, Rosenstein (2011) e Mitchell, Vaze e Rao (2009) confirmam que a depressão em fim de vida é frequentemente não diagnosticada, pois se apresenta principalmente por meio de sintomas físicos. Esse problema clínico compromete a validade da autonomia para a morte assistida, já que a depressão não tratada prejudica a capacidade de decisão genuína (Mello; Parker, 2024; Müller *et al.*, 2021).

Apesar disso, sistemas como o de Oregon operacionalizam a morte assistida sem validação sistemática de depressão, sugerindo que o princípio da autonomia está sendo aplicado. No entanto, o que se observa é a ausência de garantia de que a pessoa possa realmente decidir livremente. Se a autonomia é realmente central para justificar a morte assistida, como

Dugdale, Lerner e Callahan (2019) defendem, então a falta de rastreamento de depressão deveria invalidar muitas solicitações (Dubois, 2008; Grisso; Appelbaum, 1998).

Para além do princípio da autonomia, existe a defesa da morte com dignidade. Nesse sentido, Holm (2016) questiona esse conceito, o qual é usado em campanhas de morte assistida. Quando definido apenas como conforto e controle, dignidade reduz-se a respeito pela autonomia e respeito pelas pessoas, conforme Macklin (2003) havia argumentado. Holm (2016) propõe, por sua vez, a ideia de dignidade narrativa para demência (quando a pessoa vê seu declínio cognitivo como incompatível com sua vida anterior). Entretanto, identifica problemas: a narrativa não é apenas pessoal (é compartilhada com outros), sua interpretação escapa ao controle individual, e humanos frequentemente conseguem interpretar generosamente vidas com pouca funcionalidade social.

Contudo, Holm (2016) não responde como usar a narrativa pessoal em decisões de morte assistida quando a pessoa com demência severa não consegue mais articulá-la. Além disso, Albore *et al.* (2025) revelam lacuna prática importante: jurisdições que permitem a morte assistida usam dependência de suportes médicos como critério de “indignidade suficiente” sem validar a narrativa pessoal da pessoa, sugerindo que a dignidade narrativa permanece teoricamente interessante, mas não implementada clinicamente.

Kerstein (2019) responde à crítica de Holm (2016) usando a filosofia de Kant (1785). Para Kerstein, a dignidade não é vaga ou apenas narrativa, mas um status fundamental: toda pessoa racional merece ser respeitada como fim em si, nunca como ferramenta para outros objetivos. Aplicado à morte assistida, isso significa que, mesmo quando alguém deseja morrer para evitar sofrimento ou manter sua autoimagem, fornecer morte assistida pode violar a dignidade ao converter a pessoa em instrumento para manter sua própria narrativa de vida preferida.

Esse argumento de Kerstein (2019) oferece solução mais clara do que Holm (2016) para o conceito de dignidade, porém não mostra como aplicar essa ideia kantiana em decisões clínicas reais, nas quais verificar o respeito à dignidade é bem mais complexo do que simplesmente confirmar autonomia ou ausência de sofrimento.

Na discussão sobre a autenticidade como critério para autorizar a morte assistida, o estudo de Marceta (2021) analisa criticamente a proposta de Ahlzén ao evidenciar que esta

articula, sem explicitação, duas concepções distintas de autenticidade: uma baseada no endosso reflexivo do próprio desejo e outra ancorada na coerência global da vida do agente. Essa ambiguidade conceitual fragiliza o uso da autenticidade como parâmetro normativo na prática clínica.

O argumento de Marceta (2021) aproxima-se das críticas de Holm (2016), que já indicava a tendência de conceitos pouco delimitados, como “morte digna”, serem reduzidos a um apelo à autonomia. Simultaneamente, sua análise converge com Stramondo (2016), ao sugerir que avaliações centradas em estados internos do paciente desconsideram condicionantes sociais e estruturais que influenciam as escolhas (Stramondo, 2016; Ortega, 2024). Em contraste, Kerstein (2019) busca ancorar o debate em uma noção mais precisa de dignidade, enquanto Petersen e Dige (2023) problematizam o uso de categorias psicológicas, como a autonomia, como critérios suficientes para a legalização da morte assistida. Em conjunto, esses estudos indicam que a autenticidade, considerada de forma isolada, não constitui base normativa suficiente para decisões sobre morte assistida (Savulescu; Pasta, 2024; Garrard; Wilkinson, 2025; Jones, 2022).

Outras estatísticas devem ser ressaltadas. Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018) documentaram crescimento significativo da morte assistida na Holanda: de 1.882 casos em 2002 para 5.306 em 2014, com expansão de critérios incluindo demência e problemas de saúde mental. Nessa perspectiva, Albore *et al.* (2025) compararam legislações em quatro países e encontraram o seguinte padrão: Holanda e Bélgica expandiram critérios para incluir depressão e “cansaço de viver”, enquanto a Suíça manteve restrições relacionadas a sofrimento intratável. Isso sugere que a expansão de critérios não é automática, mas depende de escolhas legislativas e de regulação (European Parliament, 2025).

No entanto, Albore *et al.* (2025) e Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018) não explicam por que alguns países expandem e outros não. A diferença aparenta estar no papel do cuidado paliativo: em países onde a morte assistida é vista como alternativa por falta de cuidados paliativos adequados, como na Holanda, critérios se expandem. Já em países que investem em cuidados paliativos, os critérios permanecem mais restritos. Isso sugere que a “ladeira escorregadia” depende menos de a morte assistida ser legal e mais de como o sistema de saúde escolhe oferecer alternativas (Jones, 2022; Savulescu; Pasta, 2024).

Nessa perspectiva, Dugdale, Lerner e Callahan (2019) analisam 20 anos de morte assistida em Oregon e encontram que solicitantes têm educação e renda acima da média, sugerindo que proteções legais funcionam, mas os próprios autores relatam aumento importante, em 2014 e 2015, das prescrições letais quando comparadas aos 16 anos anteriores. Esse padrão corresponde ao “contágio de suicídio” descrito por Phillips (1974).

Nesse contexto, Jones e Paton (2015) demonstram que a legalização da morte assistida, em Oregon, aumentou o número total de suicídios. Isso significa que a morte assistida não substituiu outros suicídios; em vez disso, tornou o suicídio mais aceitável como resposta ao sofrimento (Rurup; Wels; Hamart, 2025). Esse achado contradiz a afirmação de Dugdale, Lerner e Callahan (2019) de que a morte assistida é “prática segura”, já que segurança requer demonstrar que não causa efeitos indesejados na população, os dados questionados por Jones e Paton (2015) questionam.

No que se refere aos problemas em saúde mental, estudos sobre capacidade psiquiátrica, depressão terminal e recusa de tratamento convergem na seguinte problemática: como confirmar que a autonomia é real quando a depressão prejudica a capacidade de decidir? Dubois (2008) mostra que capacidade mental não é simplesmente presente ou ausente, mas varia conforme fatores específicos, ou seja, pode-se entender uma informação, mas não conseguir aplicá-la diante do diagnóstico de depressão. Shaner (2016) oferece a seguinte solução: a autoridade para a morte assistida só transita do médico para o paciente quando a cura é absolutamente impossível e todas as alternativas foram esgotadas.

Isso concretiza o que Fontalis, Prousalí e Kulkarni (2018) chamam de “balanceamento” entre autonomia e direito à vida, não é balanceamento abstrato, mas prático: a autoridade transita apenas quando a medicina não pode mais oferecer cura, prolongar a vida significativamente ou melhorar a qualidade de vida (Garrard; Wilkinson, 2025; Müller *et al.*, 2021).

Outro ponto é que os estudos não diferenciam adequadamente a recusa de tratamentos que mantêm a vida, amplamente aceita moral e legalmente, e a solicitação da morte assistida quando o cuidado paliativo é possível. Assim, Albore *et al.* (2025) identificam esse problema ao analisar a legislação italiana, que permite a recusa de tratamentos de suporte à vida, mas proíbe a morte assistida. A diferença é fundamental: recusar tratamento permite a morte natural,

enquanto a morte assistida requer ação ativa. Essas duas ações não têm moralidade idêntica, ao contrário do que Dugdale, Lerner e Callahan (2019) sugerem. Na recusa, respeita-se a autonomia deixando a morte natural ocorrer. Na morte assistida, instrumentaliza-se a morte como ferramenta de controle sobre o fim de vida. A distinção importa porque uma permite um processo natural, enquanto a outra exige intervenção deliberada.

Nessa conjuntura, Espericueta (2024) oferece perspectiva diferente. A morte assistida não pode ser decidida apenas pela autonomia individual, porque envolve múltiplos atores (família, sistema de saúde e sociedade). Para o autor, não se deve começar pela autonomia pessoal, mas pela análise de vulnerabilidades compartilhadas que tornam certos grupos (prisoneiros, institucionalizados e pessoas com deficiência) mais propensos a aceitar a morte assistida por pressão social. Kipnis (2001) reforça esse ponto, afirmando que a vulnerabilidade não é apenas individual, mas relacional, emergindo da interação entre características pessoais (doença) e estruturas sociais (acesso a cuidado e reconhecimento). Logo, afirmar que alguém tem autonomia para a morte assistida sem analisar se as estruturas sociais estão pressionando essa decisão é eticamente inadequado.

Portanto, os doze estudos concordam em um ponto central: a autonomia, sozinha, não justifica a morte assistida. Mesmo Dugdale, Lerner e Callahan (2019), que enfatizam a autonomia, reconhecem que salvaguardas são necessárias. Assim, esses autores admitem que a autonomia requer validação à luz de outros princípios e contextos clínicos. Além disso, estudos sobre a dimensão clínica, como o de Shaner (2016), concordam que a depressão não diagnosticada torna a autonomia inválida.

Outrossim, Albore *et al.* (2025) e Fontalis, Prousali e Kulkarni (2018) mostram que países sem cuidados paliativos adequados expandem a morte assistida, sugerindo que o problema é a falha do sistema de saúde, não a falha das salvaguardas legais. Apesar da crítica de Holm (2016), de que “dignidade” é um conceito vago, todos os estudos sobre demência (Albore *et al.* 2025; Holm 2016; Kerstein 2019) reconhecem que a dignidade funciona como conceito prático em situações específicas.

Contudo, os estudos divergem sobre questões fundamentais. Quanto à autoridade moral: Dugdale, Lerner e Callahan (2019) acreditam que o paciente autônomo decide; Shaner (2016) coloca a decisão na medicina, quando a cura é impossível; Espericueta (2024) a coloca na

responsabilidade coletiva do sistema de saúde. Sobre dignidade: Kerstein (2019) a prioriza; Fontalis, Prousalis e Kulkarni (2018) veem conflito entre dignidade e direito à vida; Holm (2016) questiona se a dignidade justifica a morte assistida; Espericueta (2024) não hierarquiza princípios, mas enfatiza a responsabilidade coletiva.

Sobre os dados de Oregon: Dugdale, Lerner e Callahan (2019) veem-nos como prova de que as salvaguardas funcionam; Jones e Paton (2015) veem os mesmos dados como evidência de aumento geral de suicídios; Albore *et al.* (2025) mostram que a expansão de critérios não é automática, mas depende de escolhas legislativas. Essas divergências revelam que o consenso científico sobre morte assistida permanece distante.

Entretanto, nenhum dos doze estudos responde à pergunta prática fundamental: como distinguir a autonomia genuína, quando a depressão não foi diagnosticada, da autonomia da pessoa com depressão tratada que ainda deseja a morte assistida? Os estudos oferecem teoria, mas não um protocolo clínico que traduza essa teoria em decisões reais. Shaner (2016) oferece uma aproximação (validar se a cura é impossível), mas não define claramente quando a cura é “absolutamente impossível”. Outro problema: se a pessoa com demência severa não consegue mais expressar seu desejo de morte assistida, continua válida a solicitação feita antes de perder a capacidade? Fontalis, Prousalis e Kulkarni (2018) reconhecem esse problema com diretivas antecipadas sobre morte assistida, mas não oferecem solução. Essas questões operacionais permanecem sem resposta clara, criando lacuna importante entre teoria bioética e implementação clínica real.

Outro ponto é explicitado por Albore *et al.* (2025) ao mostrarem que, na Holanda, pessoas com baixa escolaridade e que vivem em instituições têm taxas mais altas de eutanásia. Isso contradiz a afirmação de Dugdale, Lerner e Callahan (2019) de que as salvaguardas legais protegem populações vulneráveis, já que os dados indicam o contrário. Esse achado confirma a análise de Espericueta (2024) de que estruturas sociais de vulnerabilidade tornam certas populações mais propensas a aceitar a morte assistida mesmo quando teoricamente “autônomas”. Populações institucionalizadas, com menor escolaridade e menos recursos enfrentam maior pressão para a morte assistida, não maior proteção. Isso significa que garantias formais não conseguem impedir que a vulnerabilidade social influencie decisões sobre a morte, contradizendo a garantia teórica de que a autonomia individual está protegida.

Os doze estudos mostram, ainda, que a morte assistida não pode ser resolvida usando apenas a autonomia, conforme Dugdale, Lerner e Callahan (2019) propõem. É necessário considerar múltiplas dimensões. Filosoficamente, é preciso esclarecer qual conceito de autonomia, dignidade e morte se está usando. Holm (2016), Kerstein (2019) e O'Neill (2002) discutem esse aspecto, mas sem consenso. Juridicamente, é necessário balancear direitos conflitantes, direito à vida, autonomia, liberdade de consciência religiosa.

Assim, Fontalis, Prousalis e Kulkarni (2018) identificam o problema, mas sem solução clara. Clinicamente, é preciso validar que a autonomia não está prejudicada por depressão não detectada. Nesse sentido, Dugdale, Lerner e Callahan (2019) e Shaner (2016) reconhecem que isso é essencial, porém os dados de Oregon mostram que não ocorre sistematicamente. Socialmente, é necessário garantir que a morte assistida não prejudique populações vulneráveis, preocupação documentada por Albore *et al.* (2025) e Espericueta (2024) com base em dados reais. Nenhuma dimensão pode ser ignorada.

A integração dessas dimensões não produz uma única resposta sobre se a morte assistida é moralmente permissível. Em vez disso, mostra o que qualquer lei sobre morte assistida deve fazer. Primeiro, deve validar sistematicamente a depressão e a capacidade mental. Segundo, deve exigir prova de que o cuidado paliativo foi oferecido e considerado. Terceiro, deve proteger especificamente populações vulneráveis. Quarto, deve monitorar continuamente se a morte assistida está substituindo o investimento adequado em cuidado paliativo. Quinto, deve permitir que profissionais de saúde recusem participar, conforme sua consciência moral. Essas exigências não podem ser reduzidas à simples aplicação da autonomia, mas requerem regulação complexa que integre contribuições da filosofia, do direito, da clínica e da análise social, exatamente o que os doze estudos, em conjunto, fornecem quando analisados comparativamente.

Por fim, o presente estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas na leitura e interpretação dos achados. Em primeiro lugar, a amostra final constituiu-se de apenas 12 artigos, em sua maioria de caráter teórico-argumentativo, o que reduz a robustez das conclusões e dificulta a incorporação de evidências empíricas oriundas da prática clínica. Ademais, o recorte temporal entre 2015 e 2025, aliado ao uso exclusivo de três bases de dados (BVS, PubMed e SciELO), pode ter resultado na exclusão de produções relevantes, especialmente de

campos como o direito, a filosofia e as ciências sociais. Soma-se a isso a predominância de análises ancoradas em contextos legais e culturais específicos de países do Hemisfério Norte, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades, como a brasileira.

Acrescente-se que, por se tratar de uma revisão integrativa, o estudo depende diretamente da qualidade metodológica e dos vieses presentes nos trabalhos incluídos, os quais podem repercutir nas interpretações produzidas. Por fim, a natureza predominantemente qualitativa e conceitual da síntese não permite mensurar efeitos nem estabelecer relações causais, restringindo-se à identificação de tendências, riscos e lacunas que demandam aprofundamento em pesquisas futuras, de caráter empírico e interdisciplinar.

Conclusão

Os achados desta revisão evidenciaram que, embora a autonomia seja amplamente mobilizada como fundamento para a morte assistida em contextos de fim de vida, ela não oferece, por si só, respaldo ético suficiente para essa prática. Os estudos analisados indicam que decisões de tal magnitude exigem uma cuidadosa articulação entre a autonomia e outras dimensões normativas e clínicas em cenários marcados por intenso sofrimento e múltiplas vulnerabilidades.

Constatou-se que a possibilidade de depressão não diagnosticada, limitações na avaliação da capacidade decisória e desigualdades estruturais podem comprometer a autenticidade das escolhas, principalmente em grupos socialmente vulneráveis. Ficou claro também que a ampliação dos critérios para a morte assistida e seus potenciais efeitos populacionais, como o aumento de suicídios, reforçam a necessidade de salvaguardas robustas, de uma oferta adequada de cuidados paliativos e de proteção específica às pessoas em situação de maior risco.

Diante disso, conclui-se que qualquer proposta de regulação da morte assistida deve ir além do simples apelo à autonomia, devendo também incorporar protocolos claros de avaliação clínica, mecanismos de monitoramento e garantias de que essa prática não substituirá o investimento em cuidados paliativos nem acentuará injustiças sociais. Ainda permanecem questões práticas sobre como operacionalizar a distinção entre decisões genuinamente

autônomas e aquelas influenciadas por sofrimento psíquico ou vulnerabilidade, o que indica a necessidade de novos estudos que aproximem a teoria bioética da realidade concreta dos serviços de saúde.

Referências

- AHLZÉN, R. Suffering, authenticity, and physician assisted suicide. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 23, n. 4, p. 631-640, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7426309>. Acesso em: 20 dez. 2025.
- ALBORE, M. *et al.* Reconsidering dependence on life-sustaining treatment as a criterion for assisted suicide: the Italian legal unicum in comparative perspective. **Frontiers in Public Health**, v. 13, e1657070, 2025.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2012. Disponível em: https://archive.org/details/principlesofbiom0000beau_k8c1 . Acesso em: 20 dez. 2025.
- CALLAHAN, D; DUGDALE, L. S.; LERNER, B. H. Pros and cons of physician aid in dying. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 92, p. 747-750, 2019.
- DE SOUSA, M. N. A.; BEZERRA, A. L. D.; DO EGYPTO, I. A. S. Trilhando o caminho do conhecimento: o método de revisão integrativa para análise e síntese da literatura científica. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v. 21, n. 10, p. 18448–18483, 2023.
- DUBOIS, J. M. Treatment refusal: does depression affect decision-making capacity for end-of-life issues? **Journal of Palliative Medicine**, v. 11, n. 6, p. 782-786, 2008. Disponível em: <https://www.consultant360.com/articles/treatment-refusal-does-depression-affect-decision-making-capacity-end-life-issues> . Acesso em: 20 dez. 2025.
- ESPERICUETA, L. Euthanasia in detention and the ethics of caring solidarity: a case study of the “Tarragona Gunman”. **Bioethics**, v. 38, p. 713–721, 2024.
- EUROPEAN PARLIAMENT. Euthanasia legislation in the EU. Brussels: European Parliamentary Research Service, 2025. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/775914/EPRS_BRI\(2025\)775914_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/775914/EPRS_BRI(2025)775914_EN.pdf) . Acesso em: 20 dez. 2025.
- FONTALIS, A.; PROUSALI, E.; KULKARNI, K. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 111, n. 11, p. 407-413, 2018.

- GARRARD, E.; WILKINSON, S. Assisted dying, vulnerability, and the potential value of prospective legal authorization. *Medical Law Review*, v. 33, n. 2, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12005895/> . Acesso em: 20 dez. 2025.
- HOLM, S. Undignified arguments: a critique. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, v. 25, p. 228–238, 2016.
- JONES, D. A. Evidence-based arguments against assisted dying laws. *Bioethics*, v. 36, n. 1, p. 3-12, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.13036>. Acesso em: 20 dez. 2025.
- KERSTEIN, S. Hastening death and respect for dignity: Kantianism at the end of life. *Bioethics*, v. 33, n. 1, p. 1-10, 2019.
- MACKLIN, R. Dignity is a useless concept: it means no more than respect for persons or their autonomy. *BMJ*, London, v. 327, n. 7429, p. 1419-1420, 2003. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/327/7429/1419> . Acesso em: 20 dez. 2025.
- MARCETA, J. A. Authenticity and physician-assisted suicide: a reply to Ahlzn. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 24, n. 4, p. 543-546, 2021.
- MELLO, M.; PARKER, M. How to determine the capacity of a person with depression who is requesting voluntary assisted dying. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12123968/> . Acesso em: 20 dez. 2025.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008
- KISSANE, D; MENDZ, G. L. W. Agency, autonomy and euthanasia. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, v. 48, p. 555-564, 2020.
- MITCHELL, A. J.; VAZE, A.; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, v. 374, n. 9690, p. 609-619, 2009. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(09\)60879-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(09)60879-5/fulltext). Acesso em: 20 dez. 2025.
- MÜLLER, S. et al. End-of-life decision-making capacity in older people with serious mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, 752897, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.752897/full>. Acesso em: 20 dez. 2025.
- ORTEGA, L. Euthanasia and assisted suicide: who are the vulnerable? *Nursing Ethics*, v. 31, n. 2, p. 245-260, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14777509231182003> . Acesso em: 20 dez. 2025.

PETERSEN, T. S.; DIGE, M. Critique of autonomy-based arguments against legalising assisted dying. **Bioethics**, v. 37, p. 165-170, 2023.

ROSENSTEIN, D. L. Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 13, n. 1, p. 101-108, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181973>. Acesso em: 20 dez. 2025.

RURUP, M. L.; WELS, C.; HAMARAT, N. Assisted dying and the slippery slope argument. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 3, e2312345, 2025. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2833184> . Acesso em: 20 dez. 2025.

SAVULESCU, J.; PASTA, M. Palliative care-based arguments against assisted dying. *Bioethics*, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11754995/> . Acesso em: 20 dez. 2025.

SHANER, D. M. Ethical analysis for physicians considering the provision of life-ending medication in compliance with the California End of Life Option Act. **The Permanente Journal**, v. 20, n. 4, 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

STRAMONDO, J. A. Why bioethics needs a disability moral psychology. **Hastings Center Report**, v. 46, n. 3, p. 22-30, 2016.

YANG, Y. T.; CURLIN, F. A. Why physicians should oppose assisted suicide. **JAMA**, v. 315, n. 3, p. 247-248, 2016.