

EDUARDO DE CARVALHO CHAVES NETO

ANA ROSA LIMA LOUREIRO DE AMORIM

A Última Escolha

**Autonomia do Paciente, Economia Comportamental
e Políticas Públicas sobre o fim da vida:
Experiências Internacionais e o Brasil**

Imagem 1 – Índice de qualidade de morte



Fonte: Economist Intelligence Unit (2015)

1 FUNDAMENTOS BIOÉTICOS, JURÍDICOS E COMPORTAMENTAIS DO

Quadro 1 – Estrutura da pergunta norteadora segundo o acrônimo PICOS

Estratégias PICOS	Elementos da pergunta norteadora
P	Pacientes com doenças crônicas ou terminais
I	Exercício da autonomia do paciente e sua tomada de decisão propedêutica em casos terminais
C	Estudos científicos em diversos países
O	Prevalência da autonomia do paciente consciente em muitos países em hipóteses terminais
S	Desenho de estudo sistemático com leitura de artigos e políticas adotadas

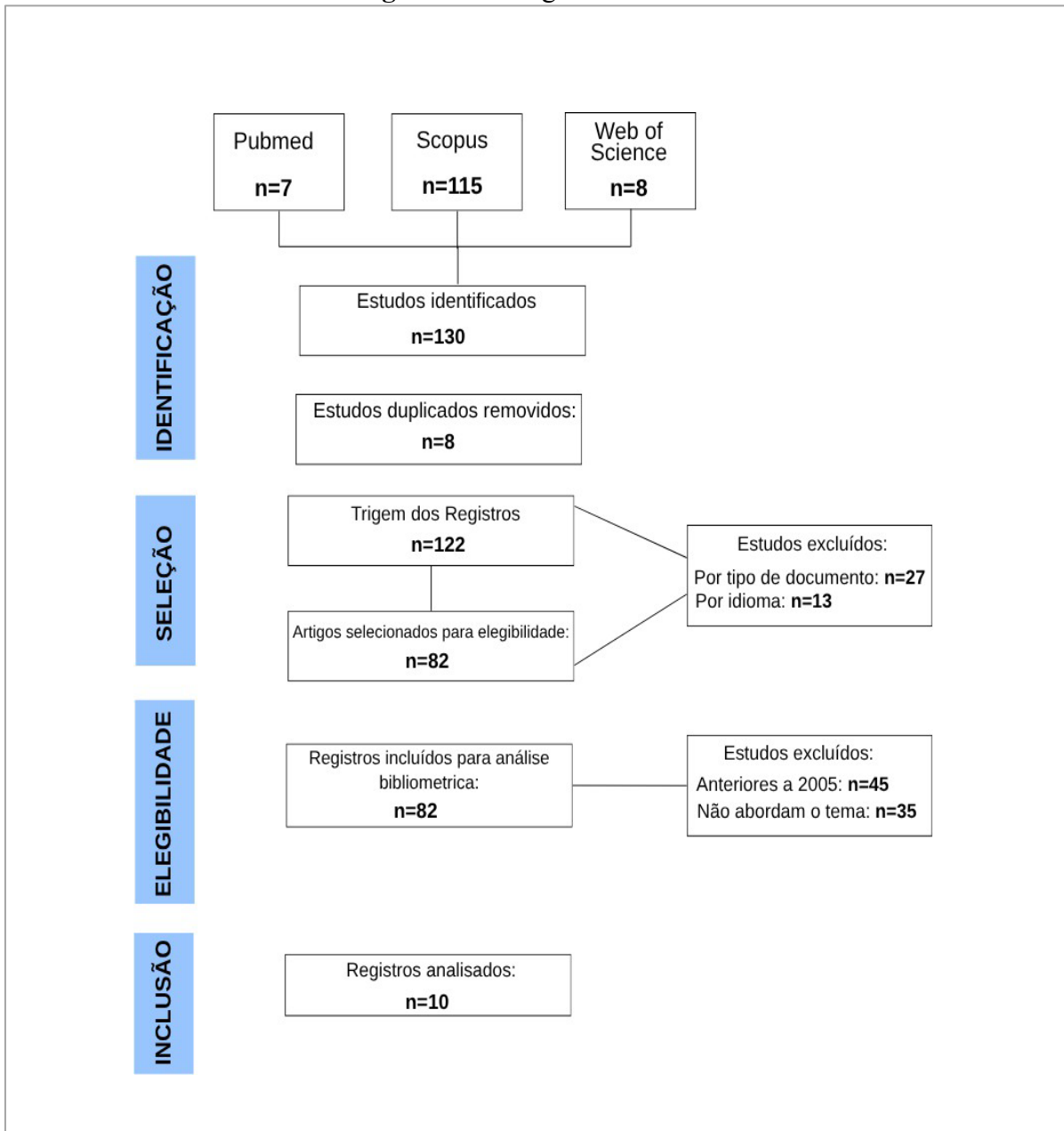
Fonte: Elaborado pelo autor, com base no acrônimo PICOS (2025)

Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases de dados

Bases de dados	Estratégias de busca
<i>Pubmed</i>	("patient autonomy"[Title/Abstract] AND "right to die"[Title/Abstract]) AND (english[Filter])
<i>Scopus</i>	TITLE-ABS-KEY("patient autonomy") AND TITLE-ABS-KEY("right to die") AND (LIMIT- TO(DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "no") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "cp") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "le")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))
<i>Web of Science</i>	TS=("patient autonomy") AND TS=("right to die") AND (DT=("ARTICLE" OR "NOTE")) AND (LA=("ENGLISH"))

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 1- Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 1 – Descrição dos artigos analisados

ANO/PAÍS	TÍTULO/AUTOR	OBJETIVO	RESULTADOS
2004 FRANCE/USA	Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? / Nathalie Teisseyre; Etienne Mullet; Paul Clay Sorum	Quão aceitável seria para o médico de um paciente realizar a eutanásia em cada um dos cenários da pesquisa.	Atribuem mais importância à extensão dos pedidos de eutanásia pelo paciente e menos importância (os leigos) ou nenhuma (os profissionais de saúde) à disposição do paciente de doar órgãos. Integram as informações dos diferentes fatores da mesma forma: os fatores de solicitação do paciente, expectativa de vida do paciente e (para os leigos) doação de órgãos são combinados de forma aditiva, e a atitude da família em relação ao prolongamento do cuidado interage com a solicitação do paciente
2006 NEATHERALNAD	Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making/ Rietijens <i>et al.</i>	A eutanásia e outras decisões de fim de vida são aceitáveis para a grande maioria do público holandês. Compreender as relações dessa aceitação com características consideradas importantes para uma "boa morte" pode contribuir para a compreensão dessa atitude liberal	A aceitação da eutanásia, da sedação terminal e do aumento da morfina estava relacionada ao desejo de ter uma morte digna e a preocupações quanto a sobrecarga de familiares com cuidados terminais. A aceitação da eutanásia também foi associada ao desejo de poder decidir sobre os tratamentos médicos de fim de vida e sobre o momento da morte.
2011 CANADA	Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls/ J Pereira	O presente artigo fornece evidências de que essas leis e salvaguardas são regularmente ignoradas e transgredidas em todas as jurisdições e que as transgressões não são processadas.	Nos Países Baixos, a eutanásia para qualquer pessoa com mais de 70 anos que esteja "cansada de viver" está sendo considerada. A legalização da eutanásia e do suicídio assistido, portanto, coloca muitas pessoas em risco, afeta os valores da sociedade ao longo do tempo e não oferece controles e salvaguardas

2012 CANADA	Assisted or hastened death: the healthcare practitioner's dilemma/ Rod D. MacLeod; Donna M.; Wilson & Phillipa; Malpas	Auxiliar ou acelerar a morte é um dilema com muitas questões éticas e práticas enfrentadas por profissionais de saúde em muitos países ao redor do mundo atualmente. Vários argumentos a favor e contra a morte assistida foram feitos ao longo do tempo, mas o apelo do público pela legalização da eutanásia ou suicídio assistido nunca foi tão forte. Embora muitos estudos tenham documentado a relutância de médicos e outros profissionais de saúde em se envolverem na prática da morte assistida ou eutanásia, ainda há muito debate aberto no domínio público.	Os dilemas para os profissionais de saúde que têm pacientes competentes solicitando morte acelerada vão muito além de agir dentro das leis de um país, pois vão ao cerne do relacionamento entre o profissional e o paciente.
2015 USA	In support of assisted dying/ Colin Brewer; Michael Irwin	Retrata fato real que trata da decisão e terminalidade da vida.	Para auxiliar o debate, propomos um novo termo: suicídio racional medicamente assistido (SAM). Ele enfatiza as decisões tipicamente calmas, sóbrias e sem pressa, tomadas por pessoas, pelo menos medianamente racionais, de pôr fim à própria vida mais cedo do que aconteceria sem intervenção direta.
2016 USA	Death with dignity in Washington patients with amyotrophic lateral sclerosis/ Wang <i>et al.</i>	Descrever os pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) que buscaram medicação sob a Lei de Morte com Dignidade (DWD) do Estado de Washington desde sua criação em 2009.	Pacientes com (ELA) preferem ser submetidos aos cuidados paliativos em Washington.

2019 SUÉCIA	To die well: the phenomenology of suffering and end of life ethics/ Fredrik Svenaeus O artigo apresenta um relato do sofrimento como um fenômeno multinível, baseado em conceitos como humor, estar-no-mundo e valores essenciais da vida. Esse relato fenomenológico nos permitirá avaliar melhor as dificuldades associadas à morte e, assim, auxiliar os profissionais de saúde a ajudar as pessoas a morrer da melhor maneira possível. O sofrimento não consiste apenas em dor física, mas na incapacidade de fazer coisas básicas que são consideradas como portadoras de significado na vida. Nesta análise fenomenológica, as noções de vulnerabilidade e união, em última análise conectadas às questões político-filosóficas de como vivemos juntos e cuidamos uns dos outros em comunidade, precisam ser examinadas.
2020 BÉLGICA	Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities/ Chris Gastmans; Chris Gastmans; Carlos Gómez-Virseda O respeito pela autonomia é um princípio fundamental na ética do fim da vida. No entanto, estudos empíricos demonstram que a tomada de decisões, focada exclusivamente no exercício individual da autonomia, não se alinha bem com as preferências dos pacientes no fim da vida. A necessidade de uma abordagem mais contextualizada que atenda às complexidades da vida real vivenciadas nas práticas de fim de vida tem sido repetidamente defendida. Nesse sentido, a noção de "autonomia relacional" pode ser uma abordagem alternativa adequada. Este artigo desenvolve uma explicação relacional da autonomia, que responde às principais deficiências descobertas na interpretação predominante deste princípio e que pode ser aplicada às práticas de cuidados no fim da vida.

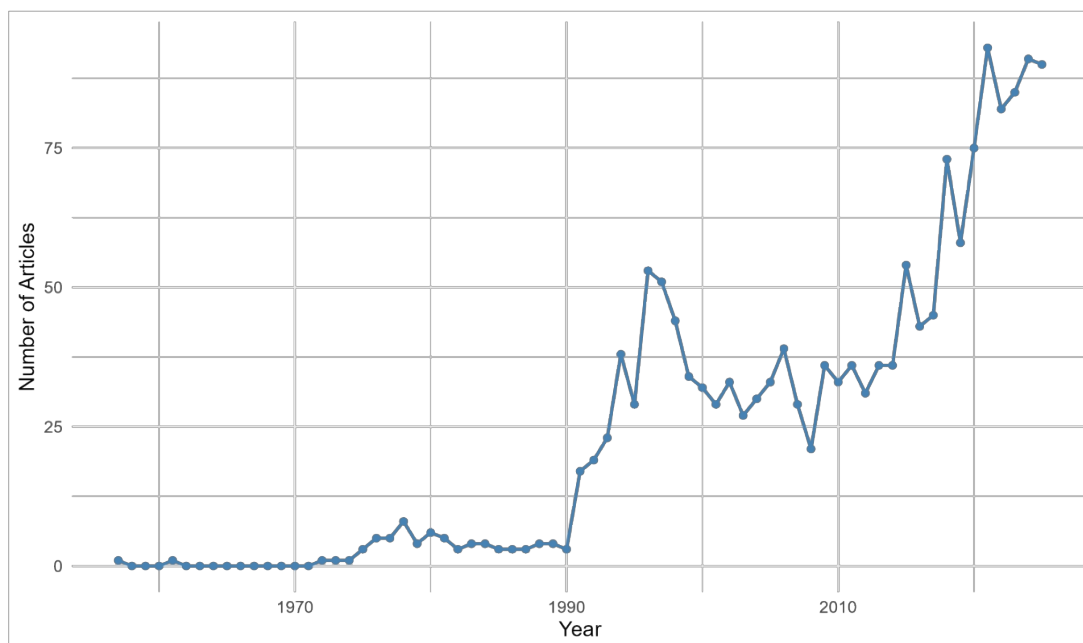
2020 SUÉCIA	To die well: the phenomenology of suffering and end of life ethics/ Fredrik Svenaeus	O artigo apresenta um relato do sofrimento como um fenômeno multinível, baseado em conceitos como humor, estar-no-mundo e valores essenciais da vida. Esse relato fenomenológico nos permitirá avaliar melhor as dificuldades associadas à morte e, assim, auxiliar os profissionais de saúde a ajudar as pessoas a morrer da melhor maneira possível.	Nesta análise fenomenológica, as noções de vulnerabilidade e união, em última análise conectadas às questões político-filosóficas de como vivemos juntos e cuidamos uns dos outros em comunidade, precisam ser examinadas.
2024 PORTUGAL	A bioethical perspective on the meanings behind a wish to hasten death: a meta-ethnographic review/ Borges, P.J., Hernández-Marrero, P. & Pereira, S. M.	As expressões "desejo de apressar a morte" ou "desejo de morrer" levantam preocupações e desafios éticos. Essas expressões estão relacionadas a princípios éticos entrelaçados no campo da ética médica, particularmente nos cuidados paliativos.	Esta revisão metaetnográfica demonstra um número reduzido de estudos qualitativos sobre o "desejo de apressar a morte" e/ou "desejo de morrer" que explicitem princípios éticos. Isso sugere uma ausência de reflexão e raciocínio bioéticos na literatura empírica sobre o fim da vida e uma ausência de ética incorporada na prática clínica. É necessário que os profissionais de saúde abordem esses temas com compaixão e ética, levando em consideração as perspectivas únicas de pacientes e familiares. São necessários mais estudos qualitativos sobre os significados por trás do desejo de apressar a morte, seus contornos éticos, raciocínio ético e implicações para a prática clínica.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 2 – Estatísticas descritivas do conjunto de dados

Descrição	Resultados
INFORMAÇÕES PRINCIPAIS SOBRE OS DADOS	
Período	1957:2025
Fontes (revistas, livros, etc.)	657
Documentos	1601
Taxa de crescimento anual %	6,84
Idade média dos documentos	14,9
Média de citações por documento	11,37
Referências	0
CONTEÚDO DO DOCUMENTO	
Palavras-chave (ID)	3012
Palavras-chave autor (DE)	4341
AUTORES	
Autores	2965
Autores de documentos com único autor	587
COLABORAÇÃO ENTRE AUTORES	
Documentos de autoria única	754
Coautores por documento	2,65
% de coautorias internacionais	12,3
TIPOS DE DOCUMENTOS	
Artigo	1252
Artigo de conferência	12
Carta	44
Nota	86
Revisão	183
Pequena pesquisa	24

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 2 – Produção científica anual de 1957 a 2025

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 3 – Fontes mais relevantes por número de artigos

Fonte	Artigos
1. BMJ	72
2. Revista Ética Médica	54
3. The Lancet	28
4. Revista de Direito e Medicina	25
5. Medicina e Direito	21
6. CMAJ. Revista da Associação Médica Canadense	20
7. BMC Ética Médica	18
8. Revista da Associação Americana para a Ciência dos Animais de Laboratório	18
9. Revista de Direito Médico	17
10. Ética em Enfermagem	17
11. Revista Europeia de Direito em Saúde	16
12. Questões em Direito e Medicina	16
13. Revista de Investigação Biotética	15
14. Revista Médica da Austrália	15
15. Medicina Paliativa	15
16. Política de Saúde	14
17. Revista de Direito, Medicina e Ética	13
18. Cuidados Paliativos BMC	12
19. Revista Trimestral de Ética em Saúde de Cambrige	12
20. Revista de Medicina Paliativa	12
21. Direito Médico Internacional	12

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 4 – Impacto local das fontes mais citadas por índice h

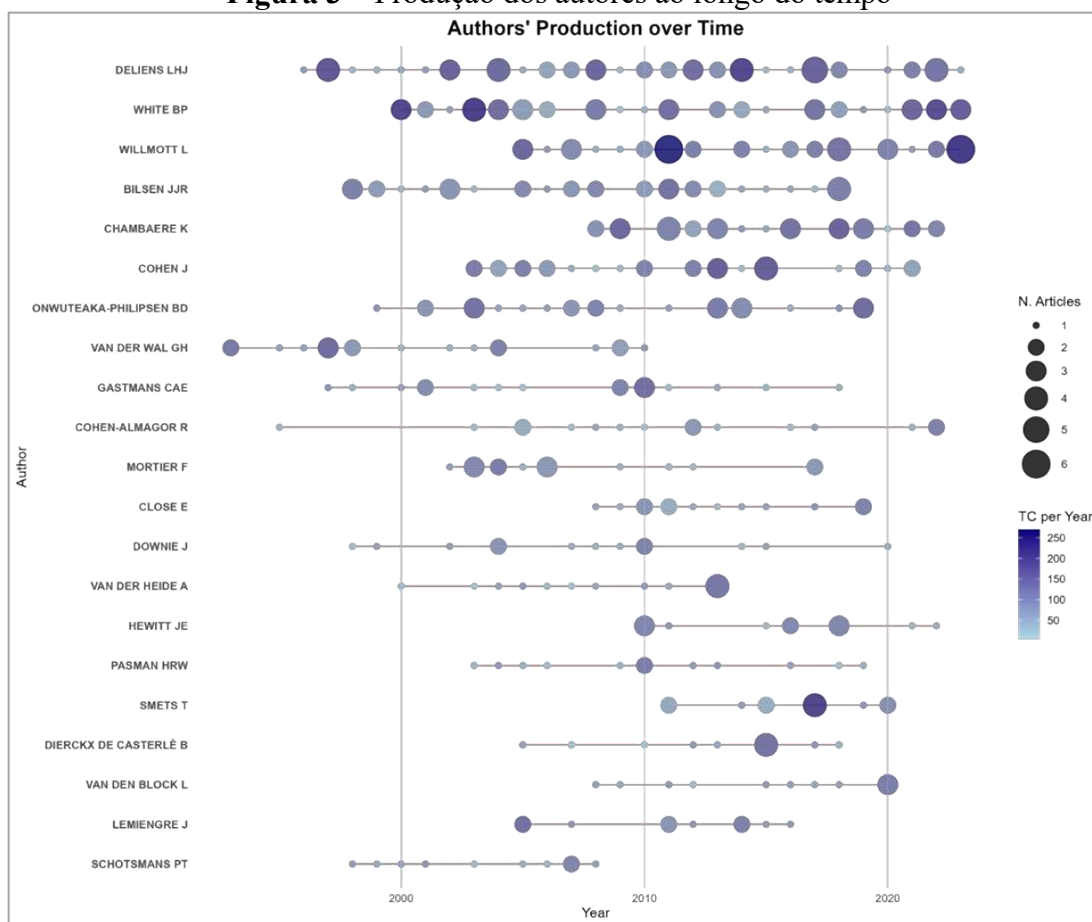
Classificação Fonte	Índice h	Índice g	Quociente m	TC	NP
1. Revista de Ética Médica	23	33	0,45	1189	54
2. Política de saúde	10	14	0,26	244	14
3. Questões em Direito e Medicina	9	12	0,23	161	16
4. J Am Assoc Lab Anim Sci	9	18	0,82	444	18
5. Ética em Enfermagem	9	14	0,32	225	17
6. Medicina Paliativa	9	15	0,27	358	15
7. BMC Medical Ethics	8	15	0,47	235	18
8. CMAJ	8	18	0,16	325	20
9. J Pain Symptom Manage	8	10	0,23	291	10
10. Int J Nurs Stud	7	7	0,21	157	7
11. Revista de Medicina Paliativa	7	12	0,25	201	12
12. Ciências Sociais e Medicina	7	8	0,26	303	8
13. The Lancet	7	28	0,14	1011	28
14. BMC Cuidados Paliativos	6	11	0,35	142	12
15. BMJ	6	14	0,18	252	72
16. Br J Gen Pract	6	7	0,29	86	7
17. Estudos sobre a morte	6	7	0,25	103	7
18. Eur J Health Law	6	10	0,20	123	16
19. Int J Law Psychiatry	6	8	0,46	119	8
20. Revista de Enfermagem Avançada	6	6	0,21	145	6
21. Revista de Investigação Bioética	6	15	0,35	232	15
22. Revista de Direito e Medicina	6	7	0,25	98	25
23. Revista de Direito, Medicina e Ética	6	12	0,18	166	13
24. Revista Médica da Austrália	6	12	0,11	166	15

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

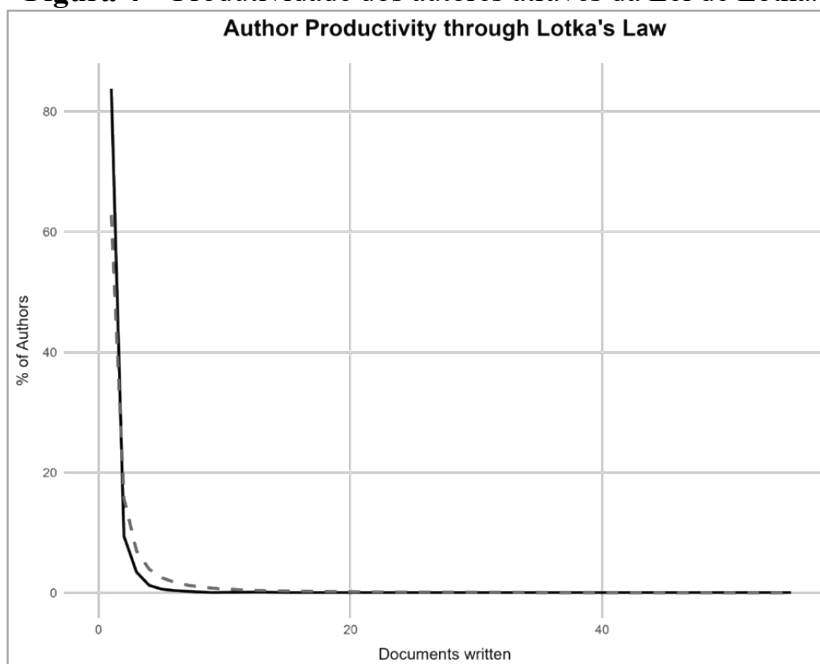
Tabela 5 – Autores mais prolíficos por número de artigos

Classificação	Autor	Artigos	Frequência de artigos
1.	Deliens LHJ	55	10,78
2.	White BP	47	11,73
3.	Willmott L	42	9,98
4.	Bilsen JJR	35	6,36
5.	Chambaere K	30	6,77
6.	Cohen J	29	5,34
7.	Onwuteaka-Philipsen BD	26	5,06
8.	Van Der Wal GH	18	5,04
9.	Gastmans Cae	17	4,33
10.	Cohen-Almagor R	16	15,33
11.	Mortier F	15	2,70
12.	Fechar E	13	2,95
13.	Downie J	13	3,84
14.	Van Der Heide A	13	2,47
15.	Hewitt JE	12	2,13
16.	Pasman HRW	12	2,30
17.	Smets T	12	2,02
18.	Dierckx de Casterlè B	11	2,55
19.	Van den Block L	11	1,79
20.	Lemiengre J	10	2,30
21.	Schotsmans PT	10	2,47

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 3 – Produção dos autores ao longo do tempo

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 4 – Produtividade dos autores através da Lei de Lotka.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 6 – Impacto local dos autores mais prolíficos por índice h

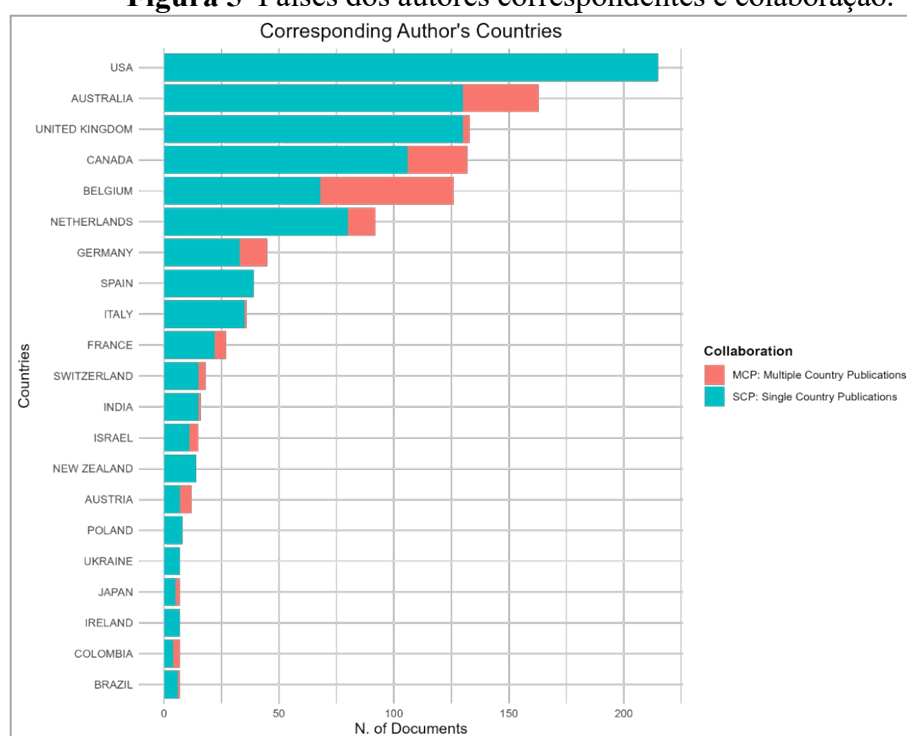
Classificação	Autor	Índice h	Índice g	Índice m	TC	NP	PY Início
1.	Deliens LHJ	25	44	1,09	2036	55	2003
2.	Bilsen JJR	20	35	0,91	1353	35	2004
3.	Cohen J	20	29	1,00	1466	29	2006
4.	Onwuteaka-Philipsen BDD	15	26	0,48	1077	26	1995
5.	Chambaere K	14	29	0,82	879	30	2009
6.	Gastmans CAE	12	17	0,55	345	17	2004
7.	Mortier F	11	15	0,50	592	15	2004
8.	Van Der Wal GH	11	18	0,35	654	18	1995
9.	Dierckx de Casterlè B	10	11	0,50	246	11	2006
10.	Smets T	10	12	0,63	415	12	2010
11.	Lemiengre J	9	10	0,45	199	10	2006
12.	Schotsmans PT	9	10	0,41	218	10	2004
13.	Van Delden JJMH	9	9	0,26	1118	9	1991
14.	BP branco	9	14	0,64	262	47	2012
15.	Willmott L	9	13	1,13	247	42	2018
16.	Bernheim JL	8	8	0,35	214	8	2003
17.	Cohen-Almagor R	8	12	0,32	165	16	2001
18.	Rietjens JAC	8	8	0,47	319	8	2009
19.	Van den Block L	8	11	0,47	163	11	2009
20.	Van der Heide A	8	13	0,40	504	13	2006

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 7 – Afiliações mais relevantes por número de artigos

Classificação	Autor	Artigos
1.	Universidade Livre de Bruxelas	106
2.	Universidade de Gent	57
3.	Centro Australiano de Pesquisa em Direito da Saúde	54
4.	Amsterdam UMC - Universidade Livre de Amsterdã	51
5.	Universidade de Toronto	33
6.	Hospital Universitário de Gent	26
7.	Universidade Monash	22
8.	Universidade de Amsterdã	22
9.	Universidade de Antuérpia	21
10.	Universidade Dalhousie	20
11.	Universidade de Tecnologia de Queensland	19
12.	Centro Hospitalar Universitário de Vaudois	18
13.	Universidade da Colúmbia Britânica	18
14.	Universidade de Queensland	18
15.	Universidade da Califórnia	17
16.	Universidade Griffith	16
17.	Universidade de Maastricht	16
18.	Centro Médico Universitário de Utrecht	16
19.	Universidade McGill	16

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 5–Países dos autores correspondentes e colaboração.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Tabela 8 – Total de citações e média de citações por artigo por país

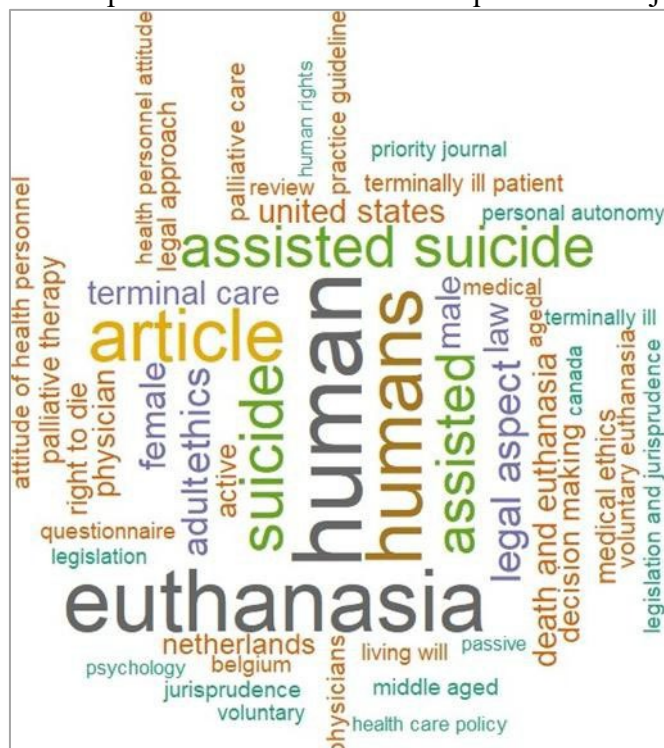
Classificação	País	Total de citações	Média de citações
1.	EUA	3666	17,1
2.	Bélgica	3268	25,9
3.	Países Baixos	2427	26,4
4.	Canadá	1919	14,5
5.	Austrália	1344	8,2
6.	Reino Unido	988	7,4
7.	Alemanha	508	11,3
8.	França	340	12,6
9.	Suíça	323	17,9
10.	Itália	320	8,9
11.	Espanha	182	4,7
12.	Nova Zelândia	161	11,5
13.	Noruega	146	29,2
14.	Israel	130	8,7
15.	Áustria	75	6,2
16.	Brasil	60	8,6
17.	Líbano	56	28,0
18.	Colômbia	53	7,6
19.	Índia	46	2,9
20.	Irlanda	42	6,0

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 9 – Documentos mais citados globalmente

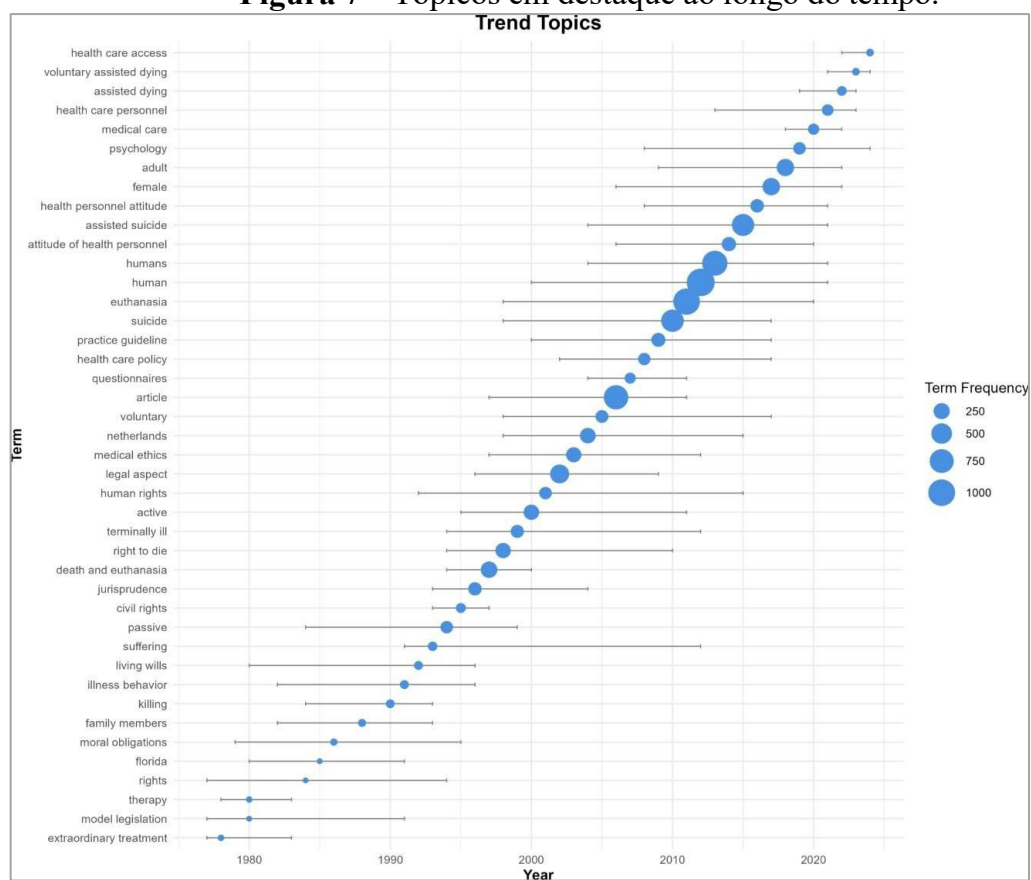
Classificação	Artigo	Total de citações	TC por ano
1.	VAN DER MAAS PJ, 1991, Lancet	490	14,41
2.	ONWUTEAKA-PHILIPSEN BDD, 2012, Lancet	254	18,14
3.	BACHMAN JG, 1996, N. Engl. J. Med.	215	7,17
4.	AZOULAY E, 2020, Am. J. Respir. Crit	209	34,83
5.	MROZ S, 2021, Ann. Palliat. Med.	185	37,00
6.	SILVEIRA MJ, 2000, JAMA	176	6,77
7.	BREITBART WS, 1996, Am. J. Psychiat	175	5,83
8.	MENTZELOPOULOS SD, 2021, RESUSC	170	34,00
9.	COHEN J, 2006, Soc. Sci. Med	168	8,40
10.	EMANUEL EJ, 2002, Arch. Intern. Med.	147	6,13
11.	DAVISON SN, 2006, Clin. J. Am. Soc. N	146	7,30
12.	LAFERRIERE CA, 2020, J. Am. Assoc. L	134	22,33
13.	GANZINI LK, 1996, Am. J. Psychiatry	132	4,40
14.	HINDS PS, 2001, Cancer Nurs.	125	5,00
15.	ZATROCH KK, 2017, BMC Vet. Res.	118	13,11
16.	BILSEN JJR, 2009, N. Engl. J. Med	117	6,88
17.	CARVER AC, 1999, NEUROLOGY	113	4,19
18.	RIETJENS JAC, 2009, J. BIOETHICAL IN	108	6,35
19.	FINE RL, 2003, Ann. Intern. Med.	108	4,70
20.	RURUP ML, 2006, Patient Educ. Coun.	106	5,30

Figura 6 – Nuvem de palavras dos termos mais frequentes no conjunto de dados.



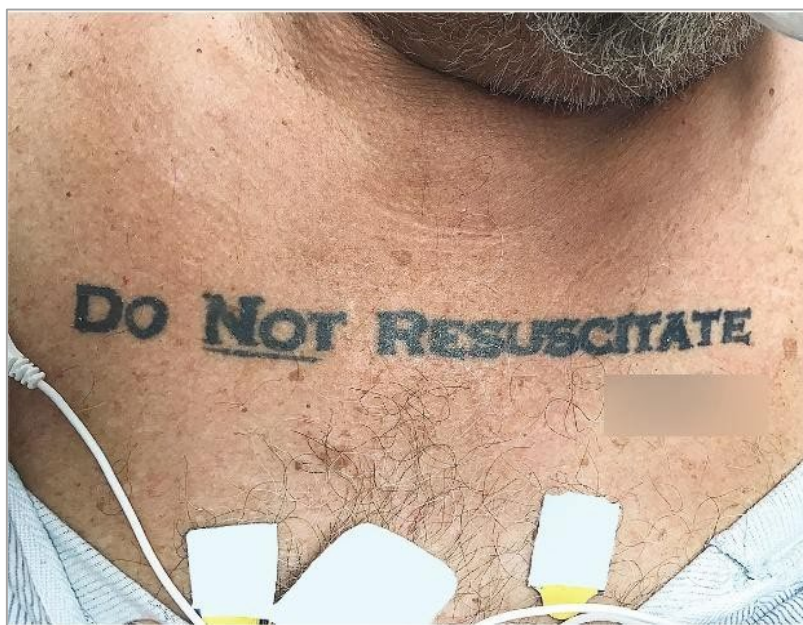
Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Figura 7 – Tópicos em destaque ao longo do tempo.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Imagem 2 – Manifestação de recusa de reanimação (Do Not Resuscitate – DNR)



Fonte: New England Journal of Medicine, v. 377, n. 22, 2017

Quadro 3 – Experiências estudadas sobre o direito de morrer

PAÍS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS OU SITUAÇÃO LEGAL
ESTADOS UNIDOS	Eutanásia ativa proibida. Morte assistida (<i>Medical Aid in Dying</i>) permitida em vários estados e no Distrito de Columbia, com critérios: doença terminal, expectativa de vida ≤ 6 meses e capacidade mental. Sem lei federal, apenas precedentes da Suprema Corte (casos <i>Nancy Cruzan</i> e <i>Timothy Quill</i>).
HOLANDA	Primeiro país a legalizar eutanásia e suicídio assistido (2002). Critérios: sofrimento intolerável, pedido voluntário e reiterado, confirmação por dois médicos independentes. Desde 2020, autorizada eutanásia em menores de 12 anos em casos excepcionais.
BÉLGICA	Legalizou eutanásia em 2002. Em 2014, ampliou para menores de idade com discernimento e doença irreversível. Procedimento rigoroso e humanizado. Caso
	emblemático: atleta Marieke Vervoort (2019).
PORTUGAL	Lei n.º 22/2023 despenalizou a morte medicamente assistida em condições excepcionais. Salvaguardas: dupla avaliação médica, equipe multidisciplinar e manifestação expressa do paciente. Modelo com forte ênfase na dignidade da pessoa humana.
URUGUAI	Lei n.º 20.580/2023 legalizou a morte medicamente assistida em casos de sofrimento físico ou psíquico insuportável. Desde 1934 já havia previsão de “homicídio piedoso”, permitindo ao juiz isentar pena em certos casos.
CANADÁ	Desde 2016, <i>Medical Assistance in Dying</i> (MAID) permite eutanásia e morte assistida sob critérios: ≥ 18 anos, elegibilidade no sistema público, pedido voluntário, doença grave e irremediável, sofrimento intolerável. A decisão <i>Carter vs. Canadá</i> (2015) abriu caminho.

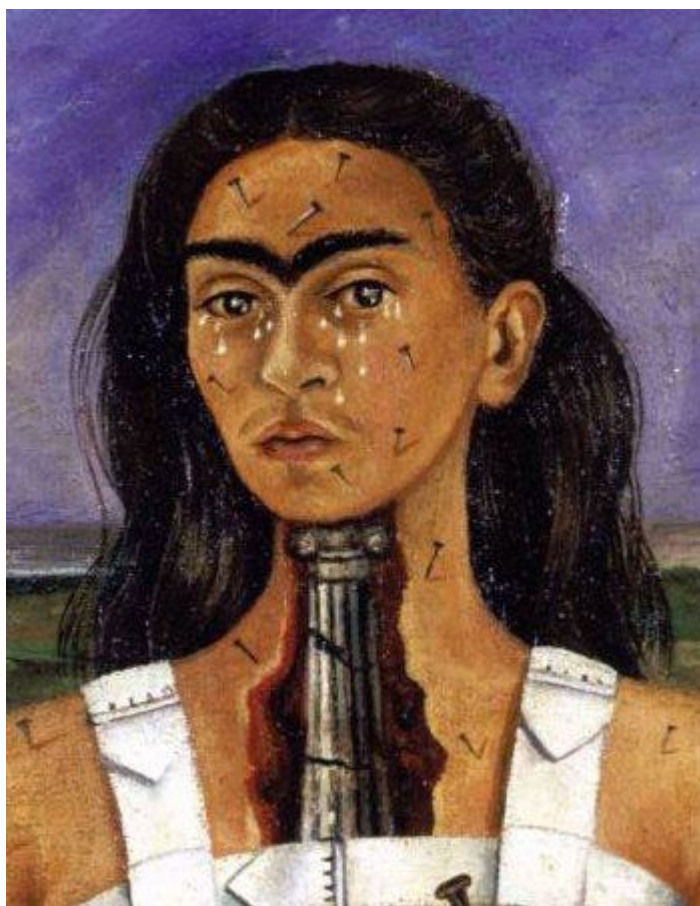
COLÔMBIA	Permitida pela Suprema Corte Constitucional (desde 1997), sem lei específica. Critérios: doença incurável e grave, decisão livre e inequívoca do paciente, avaliação por comitê clínico. Marco judicial, mas ausência de política pública estruturada.
NOVA ZELÂNDIA	Legalizou auxílio médico para morrer pelo <i>End of Life Choice Act 2019</i> , em vigor desde 2021 após referendo (65% de aprovação). Critérios: ≥ 18 anos, cidadão ou residente, doença terminal grave, expectativa ≤ 6 meses, pedido voluntário, avaliação por dois médicos e psiquiatra.
BRASIL	Eutanásia e suicídio assistido proibidos. Avanços em ortotanásia (Resolução CFM n.º 1.995/2012) e Diretivas Antecipadas de Vontade. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (2018) fortalece a dignidade no processo de morrer. Projetos de lei sobre morte assistida ainda em tramitação. A Suprema Corte permitiu aos religiosos que não aceitam transfusão de sangue a opção de não permitir (Acórdão set/2024), mas o Conselho Federal de Medicina continua sendo contrário. Religiosos “Testemunhas de Jeová” já possuem a chancela do STF para recusar transfusão se assim desejarem.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

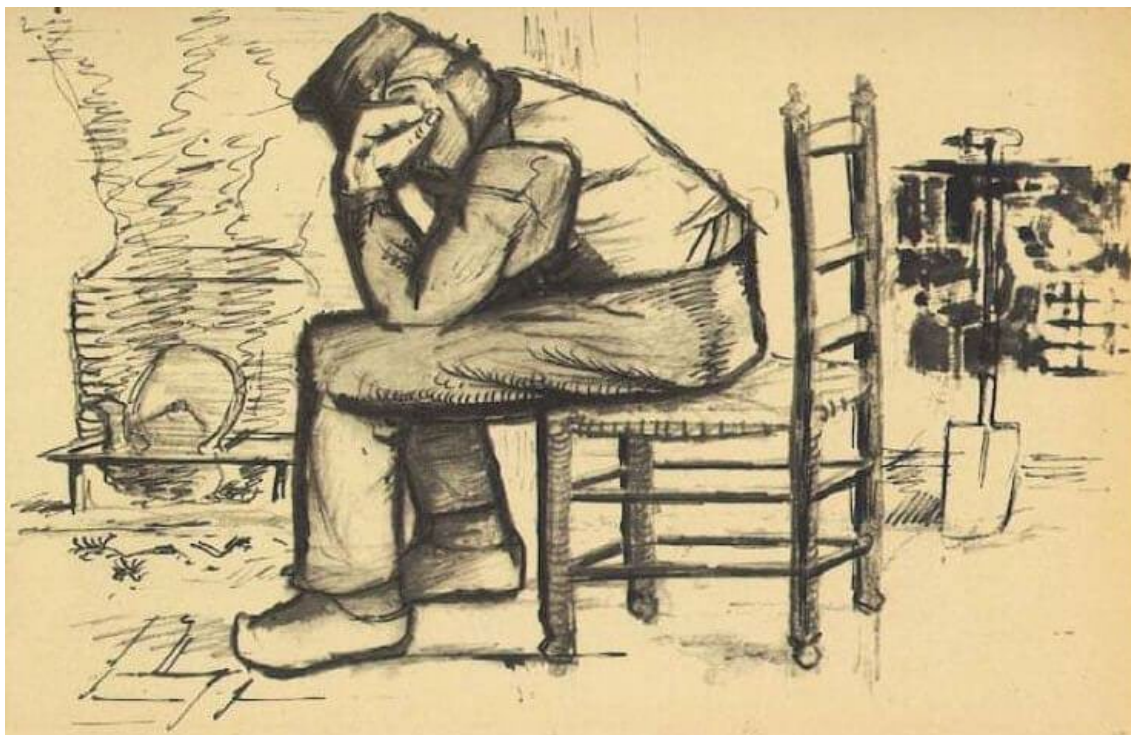
Imagem 3 – O modelo paternalista na relação médico-paciente



Fonte: The Doctor, Samuel Luke Fildes (1891)



Fonte: "The Broken Column" (*La Columna Rota*) é uma pintura de 1944 da artista mexicana **Frida Kahlo**, realizada em óleo sobre masonite.

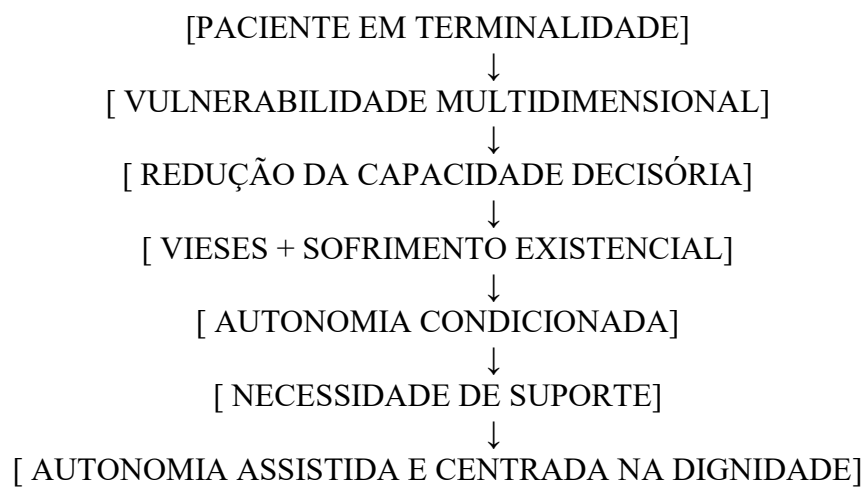


Fonte: **"Worn Out"** é um desenho de 1882 do pintor holandês **Vincent van Gogh**,



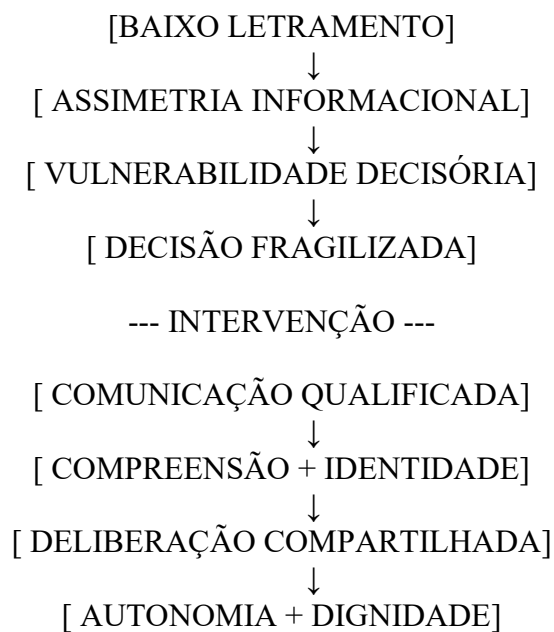
Fonte: **The Sick Child** (“*Det syke barn*”, em norueguês) é uma pintura de 1885–1886 do artista norueguês **Edvard Munch**.

Figura 1 – Fluxo da vulnerabilidade decisória em terminalidade

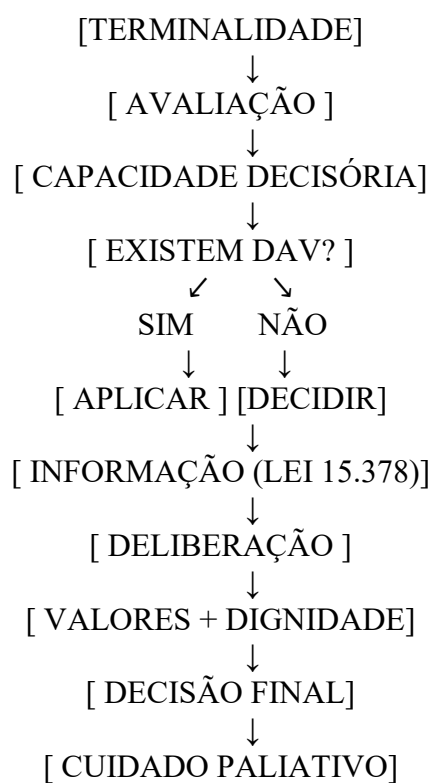


Fonte: elaboração do autor, com base em Kahneman (2012), Thaler e Sunstein (2008) e Harvey Chochinov.

Figura 2 – Fluxo de letramento em saúde e preservação da dignidade

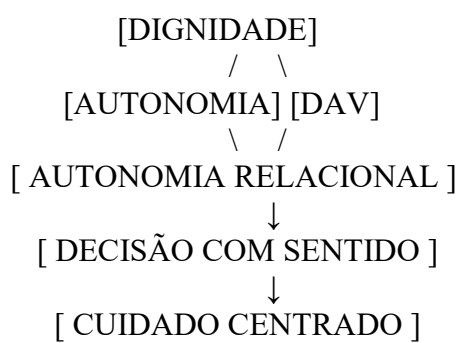


Fonte: elaboração do autor.

Figura 3 – Fluxo decisório com DAV

Fonte: elaboração do autor.

Figura 4 – Integração entre autonomia, dignidade e DAV



Fonte: elaboração do autor.