

**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR CESREI LTDA**  
**CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

**LUÍS CARLOS BELARMINO DA SILVA**

**MORTE ASSISTIDA: O DIREITO À MORTE DIGNA NO BRASIL - UMA  
ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE PAÍSES EUROPEUS E AMERICANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, na modalidade Artigo, apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Direito da Cesrei Faculdade, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito pela referida instituição.

Orientador(a): Esp. Júlio Cesar de Farias Lira, Cesrei Faculdade.

1º Examinador: Dra. Mara Karinne Lopes Veriato Barros, Cesrei Faculdade.

2º Examinador: Me. Camilo de Lélis Diniz Farias, Cesrei Faculdade.

Campina Grande – PB

2025

# **MORTE ASSISTIDA: O DIREITO À MORTE DIGNA NO BRASIL - UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE PAÍSES EUROPEUS E AMERICANOS**

BELARMINO, Luís Carlos<sup>1</sup>

LIRA, Júlio Cesar de Farias<sup>2</sup>

## **RESUMO**

O presente artigo analisa os desafios jurídicos, éticos e sociais para a regulamentação da Morte Assistida (MA) no Brasil. O estudo confronta o arcabouço normativo nacional, marcado pela criminalização penal da eutanásia (Art. 121 CP) e do suicídio assistido (SA) (Art. 122 CP), com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana (Art. 1º, III, CF/88) e a crescente demanda social por autonomia do paciente. Por meio de uma análise comparativa de modelos estrangeiros que regulamentaram a matéria e de casos paradigmáticos de ativismo judicial, o trabalho demonstra que a legalização é viável sob rigoroso controle. Argumenta-se que a inércia legislativa, aliada à grave carência em Cuidados Paliativos, impõe a Mistanásia (morte por negligência estatal) — entendida como "morte social" — como uma realidade, violando a autonomia *in fine vitae*. Conclui-se que a plena efetivação do Direito à Morte Digna exige a superação da legislação penal atual, seja pela via legislativa ou judicial — seguindo a tendência global —, e a adoção de uma regulação estrita, preferencialmente focada no Suicídio Assistido, condicionada à implementação de rigorosas salvaguardas e Comitês Multidisciplinares de Revisão.

**Palavras-chave:** Direito à Morte Digna; Eutanásia; Suicídio Assistido; Mistanásia; Biodireito.

---

<sup>1</sup> Concluinte no Curso de Bacharelado em Direito. E-mail: lucabelarmino@gmail.com

<sup>2</sup> Professor especialista do Curso de Bacharelado em Direito da Cesrei Faculdade. E-mail: julicesar.adv@hotmail.com

## ABSTRACT

This article analyzes the legal, ethical, and social challenges for the regulation of Assisted Death in Brazil. The study contrasts the national normative framework, marked by the criminalization of euthanasia (Art. 121 CP) and assisted suicide (Art. 122 CP), with the Principle of Human Dignity (Art. 1, III, CF/88) and the growing social demand for patient autonomy. Through a comparative analysis of foreign models that have regulated the matter and paradigmatic cases of judicial activism, the paper demonstrates that legalization is feasible under strict control. It is argued that legislative inertia, combined with a severe lack of Palliative Care, imposes Misthanasia (death by state neglect) —understood as "social death" — as a social reality, violating autonomy *in fine vitae*. It concludes that the full realization of the Right to a Dignified Death requires overcoming the current criminal legislation, whether through legislative or judicial means — following the global trend — and adopting strict regulation, preferably focused on Assisted Suicide, conditioned on the implementation of rigorous safeguards and Multidisciplinary Review Committees.

**Keywords:** Right to Die; Euthanasia; Assisted Suicide; Misthanasia; Biolaw.

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à morte digna emerge como um dos debates mais complexos e desafiadores da contemporaneidade. O tema envolve profundas dimensões antropológicas e filosóficas, especialmente em uma era onde o avanço tecnológico tornou a morte um evento "antinatural" (Simonelli, 2022), prolongando artificialmente o processo de morrer. Situando-se na confluência da ética, da medicina e do Direito (Ibagy, 2023), a discussão no Brasil é particularmente delicada, haja vista a criminalização da eutanásia (considerada homicídio pelo Código Penal) e do auxílio ao suicídio (Art. 122 CP) (Brasil, 1940, Art. 121-122), uma postura que contrasta com a crescente demanda social por autonomia (Barbosa; Losurdo, 2018). Diante de enfermidades incuráveis, pacientes e suas famílias enfrentam dilemas profundos, que os levam a buscar soluções em outros países — configurando o "turismo de suicídio", como no caso do cineasta Jean-Luc Godard e do escritor brasileiro Antonio Cícero (Sampaio; Lima, 2022) — ou a confrontar o sistema legal, como o fez o advogado Jorge Salomão (Brasil, 2023).

O debate nacional é marcado por uma tensão normativa significativa. Enquanto a legislação penal criminaliza a assistência à morte, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.805/2006, regulamentou a ortotanásia, permitindo a

suspensão de tratamentos fúteis (distanásia) em pacientes terminais (Conselho Federal de Medicina, 2006). Esta pesquisa argumenta que tal contradição, somada à inércia legislativa e à grave deficiência na oferta de Cuidados Paliativos (Organização Mundial da Saúde, 2018), resulta na imposição da Mistanásia: a morte miserável, indigna e prematura. Este fenômeno, analisado por Pessini (2004) como morte por negligência, é considerado por Lima (2017) como uma forma de morte social (*social death*), causada pela omissão estrutural do Estado em prover o cuidado devido.

Nesse contexto, este artigo analisa os desafios para a regulamentação do direito à morte digna no Brasil. O objetivo é comparar o modelo brasileiro com os ordenamentos jurídicos de países da Europa (Países Baixos, Bélgica, Suíça, Alemanha, Espanha, Portugal, Itália) e das Américas (Canadá, México, Colômbia, Equador, Argentina) que já avançaram na legalização (Mroz et al., 2021).

A relevância deste estudo reside em propor que a regulamentação da morte assistida não é apenas uma questão de autonomia, mas um imperativo de saúde pública. Busca-se, assim, preencher lacunas na doutrina jurídica, contribuir para o debate sobre a inadequação do arcabouço legal vigente e propor diretrizes para uma legislação que equilibre a autonomia do paciente e a proteção dos vulneráveis. Para tanto, esta pesquisa utiliza uma metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, baseada em revisão bibliográfica e documental.

## **2 OS PILARES BIOÉTICOS EM CONFRONTO: AUTONOMIA VS. SACRALIDADE DA VIDA**

A discussão sobre a morte digna exige a clara distinção de seus conceitos centrais, frequentemente confundidos no debate público (Diniz, 2020). A consequência direta dessa confusão terminológica é a contaminação do debate legislativo e social; termos como "Eutanásia" (morte ativa) e "Ortotanásia" (morte natural permitida pelo CFM) são usados de forma intercambiável, levando a um pânico moral que impede o avanço de uma legislação racional. Esta seção visa, portanto, estabelecer essa clareza conceitual antes de analisar o confronto filosófico.

### **2.1 OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS**

A Eutanásia (do grego, *eu*, "bom" e *thanatos*, "morte") refere-se ao ato deliberado de um terceiro, geralmente um médico, de provocar a morte de um paciente que se encontra em sofrimento intenso e incurável, a seu pedido expresso. É a "boa morte" por intervenção direta. No Brasil, é criminalizada como homicídio (Brasil, 1940, Art. 121).

O Suicídio Assistido (SA) (ou Morte Medicamente Assistida) difere da Eutanásia pela execução do ato final. Nesta modalidade, o profissional de saúde fornece os meios necessários (como a prescrição de um fármaco letal), mas é o próprio paciente que, de forma autônoma, administra a dose. Esta prática também é criminalizada no Brasil (Brasil, 1940, Art. 122).

Em contraponto, a Ortotanásia (*orthos*, "certo") é a morte no tempo certo. Não se trata de apressar a morte, como na eutanásia, nem de adiá-la, como na distanásia, mas de permitir sua ocorrência natural pela suspensão de tratamentos fúteis em pacientes terminais. É uma conduta eticamente chancelada pelo CFM (Resolução 1.805/2006) e, segundo a tese de Villas-Bôas (2008), constitui um fato penalmente atípico.

A Distanásia (*dys*, "mau") é a antítese da ortotanásia. Conhecida como obstinação terapêutica, é o prolongamento artificial e desnecessário do processo de morrer, por meio de tecnologia que não reverte o quadro, mas apenas prolonga o sofrimento do paciente terminal. É considerada má prática médica e vedada pelo CFM (Resolução 1.805/2006).

Finalmente, a Mistanásia (*mys*, "infeliz") é a morte infeliz. Este é o conceito-chave para a crítica social deste trabalho. Como definido por Pessini (2004), é a morte por negligência ou omissão, e abordado por Lima (2017) como "morte social" (*social death*). Refere-se à morte prematura dos vulneráveis, pobres e marginalizados, que não têm acesso a cuidados básicos ou paliativos, sendo, na prática, uma "Eutanásia social" (Garrafa, 2016) imposta pelo abandono estatal. O Quadro 1 sumariza estas terminologias essenciais.

**Quadro 1** – Terminologias do Fim da Vida

Conceito	Etimologia (Grego/Latim)	Definição	Status Legal (Brasil)
<b>Eutanásia</b>	Grego: <i>eu</i> (bom) + <i>thanatos</i> (morte)	Ação direta de um terceiro (médico) para provocar a morte de um paciente em sofrimento, a seu pedido.	Crime (Homicídio, Art. 121 CP)
<b>Suicídio Assistido</b>	Latim: <i>sui</i> (de si mesmo) + <i>caedere</i> (matar)	Um terceiro (médico) fornece os meios (ex: fármaco letal), mas o próprio paciente realiza o ato final.	Crime (Auxílio ao Suicídio, Art. 122 CP)
<b>Ortotanásia</b>	Grego: <i>orthos</i> (certo) + <i>thanatos</i>	Morte no tempo certo. Suspensão de tratamentos fúteis em paciente terminal, permitindo a evolução natural da doença.	Permitida (Res. CFM 1.805/2006)
<b>Distanásia</b>	Grego: <i>dys</i> (mau) + <i>thanatos</i> (morte)	Obstinação terapêutica. Prolongamento artificial da vida de um paciente terminal, causando sofrimento.	Má prática médica (Vedada pelo CFM)
<b>Mistanásia</b>	Grego: <i>mys</i> (infeliz) + <i>thanatos</i> (morte)	Morte infeliz (Pessini) ou Morte social (Lima). Morte por negligência, abandono ou omissão social/estatal (ex: falta de acesso a cuidados paliativos).	Fato social (Tese do artigo)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base em Pessini (2004), Villas-Bôas (2008) e Lima (2017).

A clareza destes cinco conceitos é a chave para desvendar o paradoxo brasileiro. O ordenamento jurídico, por meio das resoluções do CFM, já aceita plenamente a Ortotanásia e repudia a Distanásia. Contudo, mantém uma barreira penal intransponível contra a Eutanásia e o Suicídio Assistido, isto é, a morte por autonomia. A consequência mais grave, e foco central desta análise, é que, ao focar o debate na proibição da autonomia, o Estado ignora e perpetua a Mistanásia — a morte social — que é a antítese de todas as outras (LIMA, 2017). A Mistanásia não é uma escolha nem um processo natural, mas uma imposição pela negligência, tornando o debate sobre a boa morte um privilégio inacessível para a maioria.

## 2.2 O CONFRONTO FILOSÓFICO: UTILITARISMO VS. DEONTOLOGIA

Historicamente, o debate sobre o fim da vida remonta à antiguidade (Picón-Jaimes et al., 2022), mas foi no século XX, com o avanço tecnológico capaz de prolongar a vida artificialmente (Simonelli, 2022), que o conflito bioético se cristalizou.

De um lado, posiciona-se a Autonomia do paciente, pilar da bioética principalista (Beauchamp; Childress, 2019). Esta visão tem raízes na filosofia liberal e utilitarista de John Stuart Mill (Gimenes de Paula, 2007), que prega a soberania absoluta do indivíduo sobre seu próprio corpo e mente, desde que suas ações não prejudiquem a outros (*harm principle*). Para essa corrente, a autonomia permite ao paciente capaz

decidir sobre seus tratamentos, e a morte assistida seria a extensão lógica dessa soberania em casos de sofrimento extremo e incurável.

De outro lado, está o princípio da Sacralidade (ou Inviolabilidade) da Vida. Esta é uma visão deontológica, com fortes raízes na tradição judaico-cristã (Fernandes, 2014) e na filosofia de Kant, que defende a vida como um valor absoluto, indisponível e que não pode ser relativizado (Kant, 2017; CNBB, 2020). Sob essa ótica, a vida é um bem que pertence a Deus ou à própria humanidade, não podendo ser abreviada intencionalmente, nem pelo próprio indivíduo. Trabalhos acadêmicos recentes, como o de Ibagy (2023), identificam que a superação desta antinomia clássica (Autonomia vs. Sacralidade) reside no próprio princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, que deve ser interpretado como o árbitro final da questão.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO ARGUMENTATIVA: O PARADIGMA CONSTITUCIONAL BRASILEIRO**

O ordenamento jurídico brasileiro é marcado por um paradoxo: ao mesmo tempo em que criminaliza a assistência à morte, reconhece a autonomia do paciente na recusa de tratamentos fúteis.

#### **3.1 A DIGNIDADE HUMANA COMO *CONTINUUM* VIVER-MORRER**

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana (BRASIL, 1988, Art. 1º, III) é o pilar do Estado. A doutrina do Neoconstitucionalismo (Segatto; Especiato, 2018) defende que a dignidade abrange o *continuum* do viver-morrer com autonomia. Gouvêa e Deval (2018) afirmam que os indivíduos possuem o direito à vida, mas não o dever de viver. Para Segatto e Especiato (2018), a eutanásia ou a morte assistida pode representar uma "saída digna para quem já não possui vida com dignidade", invertendo o paradigma de que a vida biológica deve ser mantida a todo custo. Ronald Dworkin (2003) reforça que o verdadeiro direito à vida é o direito de ter a vida tratada com respeito, e que a imposição da existência em estado de sofrimento insuportável desonra a vida que o indivíduo construiu.

A Teoria da Autodeterminação corrobora esta visão, sugerindo que o sofrimento extremo mina a competência e a autonomia do indivíduo (Yu et al., 2019). Nesse contexto, a busca pela morte assistida seria uma tentativa de recuperar essa autonomia e

competência sobre a própria morte. Sob essa ótica, a imposição da vida a qualquer custo, contra a vontade do paciente e em situação de sofrimento irreversível, configura paternalismo estatal e viola a própria dignidade que a Constituição busca proteger (Santana; Dorigon, 2017). A tese de Braga (2022) aprofunda essa visão, defendendo o suicídio assistido como uma derivação direta dos direitos fundamentais de liberdade, privacidade e da autonomia no contexto de um Estado Laico.

### 3.2 A TENSÃO LEGAL: CRIMINALIZAÇÃO VS. A TESE DA ATIPICIDADE MATERIAL

O Código Penal de 1940 tipifica a eutanásia ativa como homicídio (Art. 121) e o auxílio ao suicídio (Art. 122) (Brasil, 1940). A única atenuação legal é o homicídio piedoso (Art. 121, § 1º), que reduz a pena se o agente agir por "relevante valor moral" (compaixão). Contudo, como apontam Oliveira e Aguiar (2022), este enquadramento é penalmente insuficiente, pois foca apenas no motivo do agente, ignorando o elemento central do Biodireito: a autonomia e o consentimento do paciente. Em flagrante contraste com a rigidez penal, o CFM avançou na esfera deontológica. A Resolução CFM nº 1.805/2006 autorizou os médicos a praticarem a ortotanásia (Conselho Federal de Medicina, 2006).

A doutrina penal moderna entende a ortotanásia como fato atípico (não é crime), pois o médico não mata, mas deixa morrer por evolução natural da doença, respeitando a *lex artis* (a boa prática médica) (Villas-Bôas, 2008). Este artigo expande essa tese, argumentando pela atipicidade material da morte assistida quando regulamentada. A proposta legislativa detalhada no Quadro 4 cria, portanto, uma *nova lex artis* para a morte assistida. Ao seguir o rigoroso rito ali estabelecido, o médico não estaria agindo com dolo de matar, mas sim dentro de uma nova boa prática regulamentada, tornando a conduta materialmente atípica, por analogia à tese de Villas-Bôas (2008). Em uma leitura neoconstitucional, a conduta praticada sob rigorosas salvaguardas, como as propostas nos Quadros 3 e 4, amparada na dignidade e na autonomia, não geraria a lesão ao bem jurídico (vida) que a norma penal visa proteger. Esta é a base jurídica para a proposta de imunidade penal (Quadro 4) apresentada na Seção 5.7.

### 3.3 O TESTAMENTO VITAL: A CONQUISTA DA AUTONOMIA PRÁTICA

O passo mais significativo para a autonomia do paciente no Brasil foi a Resolução CFM nº 1.995/2012, que regulamentou as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), popularmente conhecidas como Testamento Vital (Conselho Federal de Medicina, 2012).

Este instrumento permite que qualquer pessoa, plenamente capaz, registre suas vontades sobre quais tratamentos deseja ou não receber caso se encontre em situação terminal e incapaz de se expressar (Rocha, 2018). O médico é eticamente obrigado a respeitar essas diretrizes (Nascimento, 2013). Embora ainda não seja uma lei federal – o que gera insegurança jurídica –, o Testamento Vital é, na prática, o principal mecanismo de exercício da autonomia *in fine vitae* no Brasil (Sironi; Tisott, 2013). Para Rocha (2018), a proibição de recusa de tratamento fere a dignidade humana "na medida em que impõe aos pacientes que buscam uma morte digna um inútil prolongamento de sua vida (distanásia), muitas vezes através de um sofrimento intenso", reforçando o testamento vital como a ferramenta que protege o paciente contra a obstinação terapêutica e o paternalismo estatal. Esta recusa à distanásia é uma manifestação direta da autonomia do indivíduo e uma extensão do seu direito de personalidade, que se impõe contra o paternalismo médico.

A situação brasileira, baseada em resoluções infralegais, assemelha-se à de países vizinhos como o México, que implementou a "Lei de Vontade Antecipada" (México, 2008; Pérez Estrada, 2019), e a Argentina, com sua "Lei da Morte Digna" (Argentina, 2012; Alonso, 2016). Tais mecanismos são avanços cruciais para garantir a ortotanásia e evitar a distanásia, mas são insuficientes para regular a morte assistida (Eutanásia ou Suicídio Assistido). A própria lei argentina (Lei 26.742, Art. 11) proíbe explicitamente as práticas eutanásicas, mantendo os pacientes que desejam essa opção no limbo jurídico.

## 4 O DILEMA DA MORTE ASSISTIDA E A ANÁLISE COMPARATIVA

A experiência internacional demonstra a viabilidade da regulamentação, adotando diferentes modelos e salvaguardas.

### 4.1 MODELOS LEGISLATIVOS EUROPEUS E LATINO-AMERICANOS

A análise dos ordenamentos jurídicos que optaram pela via legislativa para a regulamentação da morte assistida revela uma evolução histórica e dogmática distinta, marcada pela atuação direta dos parlamentos na superação do proibicionismo penal. Diferentemente dos modelos impulsionados pelo ativismo judicial, os sistemas aqui examinados conferem uma legitimidade democrática robusta ao procedimento, permitindo a construção de salvaguardas detalhadas e ritos processuais específicos ainda na fase de elaboração da norma. Esta seção subdivide-se na análise dos pioneiros do "bloco Benelux", que inauguraram a morte assistida legalizada no início do século XXI; avança para a contemporânea "segunda onda" de regulamentação na Europa Latina (Espanha, Portugal e França), que refina os mecanismos de controle e aproxima culturalmente o debate da realidade brasileira; e, por fim, examina o vanguardismo legislativo do Uruguai na América do Sul, demonstrando que a tendência regulatória parlamentar não é um fenômeno exclusivamente europeu, mas um movimento global de afirmação da autonomia.

#### **4.1.1 O Modelo Benelux (Bélgica, Países Baixos e Luxemburgo)**

Os países que compõem o Benelux — Bélgica, Países Baixos (Holanda) e Luxemburgo — foram pioneiros na Europa, estabelecendo modelos legislativos robustos que permitem a morte assistida sob controle estatal (Bélgica, 2002; Países Baixos, 2002; Luxemburgo, 2009).

Os Países Baixos e a Bélgica adotaram leis quase simultâneas em 2002, permitindo tanto a Eutanásia quanto o Suicídio Assistido. Ambos exigem sofrimento insuportável, pedido voluntário e reiterado, e parecer de um segundo médico.

O Grão-Ducado de Luxemburgo completou o bloco em 2009, com a aprovação da Lei de 16 de março de 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio (Luxemburgo, 2009). Esta lei é notável por ter sido aprovada em conjunto com a Lei sobre Cuidados Paliativos, reforçando a visão da Morte Assistida como parte de um *continuum* de cuidados. O modelo luxemburguês permite ambas as modalidades, Eutanásia e Suicídio Assistido, para pacientes em situação medicamente sem saída (*médicalement sans issue*) e com padecimento constante e insuportável (*constant et insupportable*).

Uma característica central do modelo Benelux é o controle, feito predominantemente *a posteriori* (após o procedimento) por Comitês de Revisão (como o RTE na Holanda ou a Comissão Nacional em Luxemburgo), que analisam se o médico cumpriu os rigorosos requisitos de cuidado.

#### **4.1.2 A Segunda Onda Europeia: Espanha, Portugal e França**

A Espanha marcou um avanço significativo na Europa Latina com a aprovação da Lei Orgânica 3/2021, de 24 de março (Espanha, 2021). Esta legislação, que entrou em vigor em junho de 2021, legalizou tanto a Eutanásia quanto o Suicídio Assistido. A lei espanhola é rigorosa, exigindo que o solicitante sofra de uma doença grave e incurável ou de um padecimento grave, crônico e impossibilitante que cause um sofrimento insuportável. O processo exige pedidos reiterados e um robusto sistema de controle, combinando uma verificação *a priori* pelo médico responsável e uma verificação *a posteriori* por Comissões de Garantia e Avaliação (*Comisiones de Garantía y Evaluación*) em cada comunidade autônoma.

Portugal juntou-se a este grupo após um longo e complexo processo legislativo, que culminou com a aprovação da Lei n.º 22 de 25 de maio de 2023 (Portugal, 2023). A lei portuguesa regula as condições em que a morte medicamente assistida, abrangendo Eutanásia e Suicídio Assistido, não é punível. Os critérios são estritos, limitados a pacientes maiores de idade com doença grave e incurável ou lesão definitiva de gravidade extrema, que causem um sofrimento intolerável. O modelo português diferencia-se por instituir um controle predominantemente *a priori*, exigindo um parecer prévio favorável da Comissão de Verificação e Avaliação (CVA), uma entidade independente que analisa a conformidade de cada pedido antes da sua realização.

A França, por sua vez, representa a mais recente evolução neste bloco. Historicamente focada na sedação profunda e contínua (através da lei Claeys-Leonetti), o país iniciou um profundo debate nacional que resultou num projeto de lei sobre a ajuda para morrer (*aide à mourir*). Conforme o texto adotado pela Assembleia Nacional em 2025, o projeto propõe autorizar o Suicídio Assistido (como regra) e a Eutanásia (como exceção, quando o paciente não puder administrar o fármaco) para pacientes com afecções graves e incuráveis em prognóstico vital ameaçado (França, 2025). O avanço legislativo francês, juntamente com os casos de Espanha e Portugal, consolida uma clara

segunda onda de legalização na Europa Latina, reforçando a tendência global de reconhecimento da autonomia no fim da vida.

#### **4.1.3 O Avanço Legislativo No Uruguai**

Na América Latina, o Uruguai também sinaliza um avanço significativo pela via legislativa, em contraste com os casos judiciais da Colômbia e Equador. O país debateativamente um robusto projeto de lei (*Carpeta N° 341 de 2025*) que visa regular e garantir o direito à eutanásia. O texto, já aprovado pela Câmara dos Representantes em outubro de 2025, aguarda deliberação do Senado (Uruguai, 2025). A proposta alinha-se aos modelos europeus, garantindo o direito à eutanásia, definida como o ato que produz a morte de maneira indolor e pacífica, para pacientes maiores de idade e psiquicamente aptos.

A elegibilidade, conforme o Artigo 2º do projeto, é estritamente definida, cobrindo pacientes em etapa terminal de patologia incurável e irreversível, ou aqueles que, por patologias incuráveis, padeçam de sofrimentos que lhes resultem insuportáveis e um grave e progressivo deterioramento de sua qualidade de vida (Uruguai, 2025). Este movimento legislativo no Uruguai — país com histórico de vanguarda em legislações sociais na América Latina — reforça a onda de regulação na região. O avanço uruguai, somado às decisões judiciais na Colômbia e Equador, demonstra uma clara tendência regional de afastamento do paradigma puramente proibitivo, evidenciando a inércia do legislador brasileiro.

### **4.2 MODELOS DE ATIVISMO JUDICIAL (AMÉRICAS E EUROPA)**

Em outras nações, a mudança foi impulsionada pelas Cortes Constitucionais, que declararam a proibição penal incompatível com os direitos fundamentais. Esta via tem se mostrado particularmente relevante na América Latina e na Europa, preenchendo o vácuo deixado pela inércia legislativa.

A Colômbia possui a jurisprudência mais desenvolvida e longeva sobre o tema (Macêdo; Cioatto, 2023). A Corte Constitucional foi pioneira global ao descriminalizar a eutanásia para pacientes terminais já em 1997, na histórica *Sentencia C-239 de 1997*, fundamentando-a no direito à morte digna (Colômbia, 1997). Diante da persistente omissão do Congresso em regular a matéria por mais de duas décadas, a Corte voltou a

atuar de forma decisiva: na *Sentencia C-233* de 2021, expandiu o direito à eutanásia para pacientes com doenças graves e incuráveis, eliminando o requisito da terminalidade (Colômbia, 2021); e, na *Sentencia C-164* de 2022, descriminalizou também o Suicídio Medicamente Assistido (SMA) (Colômbia, 2022). Como resultado, o Ministério da Saúde regulamentou detalhadamente o procedimento por via administrativa (Resolução 0971/2021), criando comitês hospitalares de avaliação, o que demonstra um modelo completo de ativismo judicial seguido de regulação executiva.

Seguindo o caminho colombiano, a Corte Constitucional do Equador protagonizou um avanço similar em 2024. No caso emblemático de Paola Roldán, que sofria de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), a Corte, na *Sentencia 67-23-IN* de 2024, declarou a inconstitucionalidade condicionada do artigo 144 do Código Penal (homicídio simples), legalizando, na prática, a eutanásia ativa (Equador, 2024; Alvarado-Velez et al., 2025). A decisão foi profundamente fundamentada nos direitos à vida digna e ao livre desenvolvimento da personalidade, determinando que o médico que execute o procedimento, sob consentimento inequívoco do paciente e em contexto de sofrimento intenso por lesão grave e irreversível, não deve ser sancionado (Carrillo; Vallejo, 2024).

No Canadá, o modelo foi de um diálogo entre Corte e Parlamento. No caso *Carter v. Canada* (Canadá, 2016), a Suprema Corte declarou por unanimidade que a proibição penal do Suicídio Assistido violava a Carta de Direitos e Liberdades, especialmente os direitos à vida, liberdade e segurança da pessoa. A Corte, contudo, suspendeu sua decisão por 12 meses, forçando o Parlamento a legislar. O resultado foi a lei federal MAID (*Medical Assistance in Dying*), que regula tanto a Eutanásia quanto o Suicídio Assistido. Como aponta Portela (2018), o modelo canadense é rigoroso no controle *a priori*. Contudo, a recente expansão da lei (Bill C-7), que permite a MAID para doenças graves não terminais, reacendeu o debate sobre os riscos da regulação (Vieira, 2021).

Na Europa, um eixo de Cortes Constitucionais também atuou, fornecendo precedentes cruciais para o debate brasileiro. Na Alemanha, o Tribunal Constitucional Federal proferiu uma decisão de vasto alcance filosófico (Alemanha, 2020). A Corte declarou inconstitucional o Parágrafo 217 do Código Penal, que proibia a assistência ao suicídio de forma organizada ou comercial (*geschäftsmäßig*). O fundamento da decisão foi o reconhecimento de um robusto direito à morte autodeterminada (*Recht auf selbstbestimmtes Sterben*), derivado diretamente dos princípios da dignidade e da

autonomia. A Corte entendeu que a proibição, ao inviabilizar a atuação de organizações, impedia, na prática, o exercício desse direito, forçando o debate sobre novas salvaguardas legislativas.

Seguindo uma via similar, a Corte Constitucional da Itália, na histórica *Sentenza* 242 de 2019, conhecida como caso Cappato/Antoniani, atuou de forma decisiva (Itália, 2019). A Corte declarou a inconstitucionalidade parcial do artigo 580 do Código Penal que criminalizava o auxílio ao suicídio. A decisão estabeleceu quatro condições estritas para a não punibilidade do Suicídio Assistido: (1) o paciente deve estar mantido por suporte vital, (2) sofrer de patologia irreversível, (3) que cause sofrimento físico ou psicológico intolerável, e (4) estar plenamente capaz de tomar a decisão. Como detalhado por Ciliberti et al. (2025), o modelo italiano exige a verificação dessas condições por um Comitê de Ética local, configurando um claro exemplo de ativismo judicial que força a regulação na ausência do legislador.

Fechando este eixo europeu, a Áustria teve um percurso semelhante. Em 2020, sua Corte Constitucional também declarou inconstitucional a proibição total do auxílio ao suicídio, citando o direito à autodeterminação. Em resposta direta à decisão da Corte, o parlamento austríaco foi obrigado a legislar, aprovando uma nova lei, vigente desde 2022, que regula estritamente o Suicídio Assistido (Sampaio; Lima, 2022). O modelo austríaco exige, entre outras salvaguardas, o parecer de dois médicos independentes, sendo que um deles deve ter qualificação específica em medicina paliativa, demonstrando uma forte preocupação em garantir que a decisão não seja tomada por falta de alternativas de cuidado (Quadro 2).

#### 4.3 O MODELO SUÍÇO E O TURISMO DA MORTE

A Suíça possui um modelo único, distinto de todos os outros analisados (Suíça, 1937). A sua particularidade não reside numa lei específica que regula a morte assistida, como no Benelux ou Canadá, mas numa omissão qualificada em seu Código Penal. O Artigo 115 não proíbe o auxílio ao suicídio em si; ele criminaliza a assistência apenas quando o assistente age por motivo egoísta (*motivations égoïstes*). Esta brecha legal, que não exige uma condição médica de terminalidade ou sofrimento insuportável como requisito, permitiu, por interpretação *a contrario sensu*, a prática do Suicídio Assistido por organizações que agem sem fins lucrativos, ou seja, sem motivo egoísta.

Como consequência direta dessa peculiaridade legal, surgiram organizações de grande notoriedade internacional, como a Dignitas e a Exit. Essas associações operam nesse espaço legal para fornecer a assistência ao suicídio. A Exit foca em cidadãos suíços, enquanto a Dignitas aceita estrangeiros. A abertura da Dignitas a não-residentes deu origem ao fenômeno globalmente conhecido como "turismo de suicídio" ou "turismo da morte" (Sampaio; Lima, 2022), no qual indivíduos de países onde a prática é ilegal viajam à Suíça com o propósito específico de obter o procedimento.

Este fenômeno já é um campo de estudo acadêmico consolidado no Brasil, muitas vezes analisado sob a ótica do turismo sombrio (*dark tourism*). Trabalhos como os de Lara (2021) e Lopes e Ferragi (2024) investigam as motivações e a logística dessas viagens, que expõem a lacuna deixada pelas legislações proibitivas em outros países.

Um estudo empírico fundamental de Gauthier et al. (2014) analisou o perfil dos "turistas da morte". A pesquisa revelou que a maioria esmagadora dos turistas pacientes provinha de países onde a assistência à morte era estritamente ilegal na época, notadamente Alemanha e Reino Unido. Além disso, a principal motivação era ligada a doenças neurológicas graves e incuráveis (como ELA, Parkinson ou Esclerose Múltipla). O estudo fornece, assim, a prova factual de que a proibição legal em um país não elimina o desejo de autonomia; ela apenas o exporta, forçando o paciente a buscar o procedimento em outra jurisdição, muitas vezes a um custo financeiro e emocional significativo para a família do paciente.

O modelo suíço funciona, portanto, como uma válvula de escape baseada no mercado para a autonomia de fim de vida. Este modelo é qualificado por Bhowmik (2018) como um fenômeno de negócio global e um setor de nicho (*niche sector*), sendo analisado academicamente pelo lado da oferta (*supply-side*) como uma forma de hospitalidade de fim de vida (*end-of-life hospitality*) (Tham; Stainton, 2024). Essa abordagem de mercado ignora, contudo, o profundo impacto sobre os familiares que, como demonstra um estudo qualitativo recente de Sperling (2024), são forçados a arcar com o fardo logístico, financeiro e psicológico de apoiar um ente querido num país estrangeiro, tornando o processo de luto ainda mais complexo. O modelo suíço, portanto, não é um sistema de saúde pública integrado, mas sim uma prestação de serviço possibilitada por uma brecha legal.

#### 4.4 O MODELO PROIBITIVO (REINO UNIDO) E O QUADRO COMPARATIVO

O Reino Unido representa o contraponto: o *Suicide Act* de 1961 descriminalizou o *ato* de suicídio, mas manteve a *assistência* como crime passível de prisão (Reino Unido, 1961). O Quadro 2 sintetiza os modelos analisados.

**Quadro 2 – Análise Comparativa de Legislações sobre Morte Assistida**

País	Lei / Decisão	Tipo Permitido	Requisitos Principais	Controle
<b>Países Baixos</b>	Lei de 2002	Eutanásia e Suicídio Assistido (SA)	Sofrimento insuportável e sem perspectiva; pedido voluntário e reiterado; parecer de 2º médico.	<i>A posteriori</i> . Comitês Regionais de Revisão (RTE).
<b>Bélgica</b>	Lei de 2002	Eutanásia	Similar à Holanda. Sofrimento "constante e insuportável" (físico ou psíquico). Pedido voluntário. (Inclui menores).	<i>A posteriori</i> . Comissão Federal de Controle e Avaliação.
<b>Luxemburgo</b>	Lei de 2009	Eutanásia e Suicídio Assistido (SA)	Situação "medicamente sem saída"; sofrimento constante e insuportável; pedido reiterado; parecer de 2 médicos.	<i>A posteriori</i> . Comissão Nacional de Controle e Avaliação.
<b>Espanha</b>	Lei Orgânica 3/2021	Eutanásia e Suicídio Assistido (SA)	Doença grave e incurável; sofrimento insuportável e persistente; pedido reiterado.	<i>A priori e a posteriori</i> . Comissão de Avaliação e Garantia.
<b>Portugal</b>	Lei nº 22/2023	Eutanásia e Suicídio Assistido (SA)	Doença grave/incurável ou lesão definitiva; sofrimento intolerável; pedido reiterado.	<i>A priori</i> . Comissão de Verificação e Avaliação (CVA).
<b>Áustria</b>	Decisão de 2022 (Corte Const.)	Suicídio Assistido (SA)	Desriminalização baseada na autodeterminação. Exige parecer de 2 médicos (um com qualificação paliativa).	Regulamentação estrita (Lei de 2022).
<b>Suíça</b>	Código Penal (Art. 115) - 1937	Suicídio Assistido (SA)	Permite o SA desde que o auxílio não o faça por "motivo egoísta". Não exige doença terminal.	<i>A priori</i> . Controle ético por organizações (ex: Dignitas).
<b>Alemanha</b>	Decisão de 2020 (Corte Const.)	Suicídio Assistido (SA)	Desriminalizou o auxílio ao suicídio, afirmando o "direito à morte autodeterminada" (derivado da autonomia).	Legislação de salvaguardas em debate.
<b>Itália</b>	Sentenza 242/2019 (Corte Const.)	Suicídio Assistido (SA)	Paciente capaz, em suporte vital, com patologia irreversível e sofrimento intolerável.	<i>Ativismo Judicial</i> . Verificação por Comitê de Ética.
<b>Canadá</b>	Lei de 2016 (MAID) (Caso Carter)	Eutanásia e Suicídio Assistido (SA)	Doença "grave e incurável"; declínio avançado e irreversível; sofrimento intolerável. (Expandido para não terminais).	<i>A priori</i> . Avaliação rigorosa por múltiplos profissionais.
<b>Colômbia</b>	Decisões: C-	Eutanásia e	Doenças graves e incuráveis	<i>A priori</i> . Comitês

	239/97, C-233/21, C-164/22	Suicídio Assistido (SA)	(terminalidade não é mais exigida); sofrimento intenso; consentimento informado. (Inclui menores).	hospitalares (Regulamentados, Res. 0971/21).
<b>Equador</b>	Decisão 67-23-IN/24 (2024)	Eutanásia	Sofrimento intenso por lesão corporal grave/irreversível ou doença grave/incurável. Consentimento inequívoco.	<i>Ativismo Judicial.</i> Aguardando regulação da Assembleia/Ministério.
<b>Uruguai</b>	Projeto de Lei (Câmara, 2025)	Eutanásia	Patologia incurável/irreversível; sofrimento insuportável; grave deterioração da qualidade de vida.	<i>Aguardando aprovação final (Senado).</i>
<b>Argentina</b>	Lei 26.742 (2012) "Morte Digna"	Ortutanásia (Não é Eutanásia)	Permite a recusa de tratamentos (distanásia). Art. 11 proíbe explicitamente práticas eutanásicas.	<i>A priori.</i> Diretiva Antecipada.
<b>México</b>	Lei de Vontade Antecipada (2008)	Ortutanásia (Não é Eutanásia)	Permite a recusa de tratamentos (distanásia) em pacientes terminais. Não permite Eutanásia ou SA.	<i>A priori.</i> Documento notarial.
<b>Reino Unido</b>	Suicide Act 1961	Nenhum	Desriminalizou o ato de suicídio, mas manteve a assistência como crime passível de prisão.	Proibição.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base em Mroz et al. (2021), Braga (2022), Portela (2018), Sampaio; Lima (2022), e as legislações/decisões primárias de Espanha (2021), Portugal (2023), Itália (2019), Colômbia (1997-2022), Equador (2024), Argentina (2012) e México (2008).

## 5 DISCUSSÃO E REFUTAÇÃO ESTRATÉGICA DOS ARGUMENTOS CONTRÁRIOS

A análise comparativa revela que a regulamentação é possível. No entanto, o debate é frequentemente interditado por argumentos que merecem refutação técnica.

### 5.1 DESCONSTRUÇÃO DO ARGUMENTO DA INCLINAÇÃO DESLIZANTE (*SLIPPERY SLOPE*)

O principal argumento contrário à legalização é o da inclinação deslizante (*slippery slope*), que postula que a permissão, mesmo restrita, inevitavelmente se expandiria para vulneráveis, tais como idosos, deficientes e pobres (Agius; Calleja; Zammit, 2025). A experiência internacional oferece uma visão variada. A expansão de critérios vista no Canadá (Vieira, 2021), na Bélgica e, mais recentemente, na Colômbia (*Sentencia C-233* de 2021), que removeu o requisito de terminalidade (Colômbia, 2021), é real (Colleran; Doherty, 2024). Mroz et al. (2021), em sua revisão global, aponta especificamente para os debates controversos sobre a expansão da elegibilidade

para pessoas com doenças psiquiátricas ou demência na Bélgica e menores na Holanda e Bélgica, um caminho também seguido pela Colômbia (Ministério da Saúde e Proteção Social, 2018), como os pontos centrais do risco de *slippery slope*.

É imperativo reconhecer que o medo do *slippery slope* tem uma raiz histórica profunda, ancorada em eventos como o programa de eutanásia forçada (*Aktion T4*) na Alemanha Nazista (Picón-Jaimes et al., 2022). Contudo, a Morte Assistida moderna é a antítese dessa prática. A diferença fundamental é que a legalização contemporânea é balizada pela autonomia individual e pelo consentimento voluntário como direito fundamental, enquanto a *Aktion T4* foi uma imposição eugênica e totalitária do Estado.

Contudo, este artigo argumenta que a expansão vista no Canadá, Bélgica e Colômbia não é uma falha do conceito de Morte Assistida, mas uma falha do *design* regulatório. O risco não é a autonomia, mas a ausência de salvaguardas robustas. A segunda onda de legalizações nasceu já com mecanismos de controle sofisticados e controle *a priori* mais evidentes (no caso de Portugal e Espanha), que visam mitigar o risco de *slippery slope*. Modelos com controle *a posteriori* (Holanda, Luxemburgo) são mais suscetíveis à crítica de expansão do que modelos que exigem autorização prévia por Comitês (Canadá, Portugal, Espanha). Portanto, o argumento *slippery slope* não deve impedir a regulamentação, mas sim exigir que ela seja extremamente rigorosa no seu *design* constitucional-regulatório, como demonstrado pela análise de Vieira (2021) sobre o modelo canadense.

## 5.2 A CAPACIDADE DE DISCERNIMENTO COMO EIXO CENTRAL DA REGULAÇÃO

O pilar de qualquer regulação ética é a capacidade de discernimento do paciente. A autonomia só pode ser exercida por quem comprehende as informações, processa as consequências e comunica sua escolha de forma livre. A crítica bioética alerta que o sofrimento, sendo subjetivo e frequentemente enraizado em questões psicossociais (Agius; Calleja; Zammit, 2025), exige cautela extrema para não ser confundido com a incapacidade mental de tomar decisões. O desafio regulatório, portanto, é diferenciar a autonomia genuína do impulso desesperado, que pode ser fruto de vulnerabilidade psicossocial ou de uma condição psiquiátrica tratável.

Nesse sentido, uma regulação brasileira deve excluir formalmente da elegibilidade patologias psiquiátricas tratáveis ou o mero cansaço existencial. A

expansão da lei canadense para incluir doenças não terminais (Vieira, 2021), os debates sobre casos psiquiátricos e demência na Bélgica (Mroz et al., 2021) e a expansão para não-terminais na Colômbia (Colômbia, 2021) são exemplos do que deve ser evitado no contexto brasileiro inicial, dada a vulnerabilidade do sistema de saúde (Portela, 2018) e a carência de Cuidados Paliativos (Seção 5.4). A avaliação multidisciplinar (proposta nos Quadros 3 e 4), com participação obrigatória de psiquiatra/psicólogo, não é um acessório burocrático, mas o eixo central da regulação: é a garantia fática de que a voluntariedade é real e de que a decisão não é resultado de um sofrimento tratável ou de coerção social.

### 5.3 A REFUTAÇÃO DO ARGUMENTO DEONTOLÓGICO: DIGNIDADE E O ESTADO LAICO

O argumento da Sacralidade da Vida (Seção 2.2), embora eticamente relevante na esfera privada e religiosa (Fernandes, 2014), não pode fundamentar a política criminal em um Estado Laico (Brasil, 1988). Críticos éticos, como Agius, Calleja e Zammit (2025), levantam a preocupação de que a legalização possa implicitamente desvalorizar a vida de pessoas vulneráveis ou levar suas existências a serem percebidas como menos dignas se a Morte Assistida for vista como uma solução estatal para o sofrimento.

Este artigo refuta essa visão, argumentando que a verdadeira desvalorização da vida ocorre quando o Estado, por meio do paternalismo, impõe o sofrimento. Como defende Braga (2022), a imposição da vida contra a vontade de um indivíduo autônomo, baseada em dogmas majoritários, viola a laicidade. Essa visão é corroborada por Sironi e Tisott (2013) e Gouvêa e Deval (2018), que afirmam que, no conflito de direitos, a dignidade deve prevalecer, pois o direito à vida não pode ser transformado em um dever de viver. A tese de Santana e Dorigon (2017) é direta: a proibição penal, nesse contexto, transforma a vida em um *dever*, e não um *direito*, violando a própria dignidade que supostamente protege. É precisamente para refutar a tese da desvalorização que a proposta brasileira (Quadro 4) exige a universalização dos Cuidados Paliativos (Seção 5.4) como condição para a eficácia da lei. Isso garante que a morte assistida seja um ato de autonomia, isto é, um direito, e nunca um reflexo do abandono social (Mistanásia).

## 5.4 O CONTRAPONTO CRÍTICO: A CARÊNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS (MISTANÁSIA / MORTE SOCIAL)

A tese central deste trabalho é que o verdadeiro dilema ético-social no Brasil não é a "eutanásia libertadora", mas a Mistanásia (Pessini, 2004; Garrafa, 2016). Este fenômeno é profundamente examinado pela tese de Walber Cunha Lima (2017), que o enquadra como uma forma de morte social (*social death*) e uma violação direta dos direitos humanos. A Mistanásia, para Lima (2017), é a morte decorrente da omissão estrutural do Estado, onde a falha sistêmica em prover o cuidado necessário força o indivíduo ao sofrimento.

A autonomia, pilar ético da Morte Assistida, pressupõe uma escolha livre entre opções válidas. Contudo, o Estado brasileiro, ao falhar cronicamente em prover Cuidados Paliativos de acesso universal (OMS, 2018), elimina a opção de viver com dignidade e sem dor. O paciente terminal não escolhe entre viver ou morrer; ele é forçado a escolher entre morrer em agonia (Mistanásia/Distanásia) ou buscar a morte (seja pela via clandestina ou judicial). A autonomia é, assim, violada em sua origem, pois a escolha é coagida pelo abandono.

O Estado, portanto, encurrala o paciente, visto que falha em prover o cuidado e, simultaneamente, proíbe criminalmente a autonomia no fim da vida (Brasil, 1940, Art. 122). Como afirma Sá (2005), a ausência de Cuidados Paliativos de alta qualidade transforma a recusa autônoma de tratamento (Ortotanásia) em uma obrigação de buscar meios drásticos para o fim da vida. Analisando o debate pela lente da qualidade do cuidado de saúde (Colleran; Doherty, 2024), legalizar a morte assistida num cenário de escassez de Cuidados Paliativos seria uma falha catastrófica de qualidade. Isso empurra os vulneráveis — especialmente os mais pobres, dependentes do SUS — para a morte social descrita por Lima (2017), caracterizando a Mistanásia não como uma falha pontual de cuidado, mas como um projeto de abandono.

A proibição penal, nesse contexto, não protege a vida; protege o dogma enquanto mascara a negligência. Portanto, a efetivação da recém-lançada Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (Brasil, 2024) não é apenas uma política de saúde acessória: é a condição ética, jurídica e social *sine qua non* para que o debate sobre Morte Assistida possa ser iniciado. Sem Cuidados Paliativos, não há autonomia; há apenas desespero e morte social.

## 5.5 O VAZIO LEGISLATIVO E O PAPEL DO JUDICIÁRIO

A inércia do Congresso Nacional em enfrentar o tema da morte digna não é uma neutralidade; é uma omissão que perpetua ativamente o cenário de Mistanásia ou morte social (Seção 5.4) e a violação da dignidade. Ao manter o anacronismo do Código Penal (Art. 122), o Legislativo nega a autonomia dos cidadãos em sofrimento e ignora os avanços éticos já consolidados pelo CFM nas Resoluções 1.805/2006 e 1.995/2012.

Como demonstrado pela análise comparativa, onde há inércia legislativa, o ativismo judicial torna-se o catalisador legítimo para a garantia de direitos fundamentais. A via das Cortes Constitucionais foi o motor de despenalização em nações de forte tradição constitucional, como visto no eixo Alemanha-Itália-Áustria na Europa, e no eixo Colômbia-Equador na América Latina (Seção 4.2). As decisões paradigmáticas da Colômbia (*Sentencias C-239/97* a *C-164/22*) e do Equador (*Sentencia 67-23-IN/24*) são marcos que pavimentam o caminho para a atuação do Supremo Tribunal Federal (STF) no Brasil.

O Mandado de Injunção 6825/DF (Brasil, 2023) espelha essa estratégia global. A omissão legislativa no Brasil, criticada por Portela (2018), cria uma insegurança jurídica que pune o paciente e desampara o médico. A provação do Judiciário, seja por Mandado de Injunção ou por ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental), é o caminho constitucionalmente legítimo para declarar a inconstitucionalidade (ou a não-recepção) da criminalização do Suicídio Assistido (Art. 122 CP) quando praticado em contexto médico, sob salvaguardas, por violar o preceito fundamental da Dignidade da Pessoa Humana (Art. 1º, III, CF/88).

## 5.6 A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Um ponto nevrálgico em qualquer regulação é o direito do médico à objeção de consciência. Inspirado em modelos como o português (Portugal, 2023), o espanhol (Espanha, 2021) e o belga (Bélgica, 2002), uma lei brasileira não poderia obrigar um profissional a realizar um ato que fira sua consciência ética ou religiosa.

Contudo, o exercício desse direito individual não pode anular o direito constitucional do paciente à autonomia e à morte digna. A objeção de consciência não pode se transformar em uma barreira de acesso ao cuidado, o que, na prática,

configuraria uma forma de abandono e perpetuaria a Mistanásia por omissão institucional.

Portanto, a legislação deve estabelecer um equilíbrio: garantir ao médico o direito de se registrar como objetor, mas impor-lhe o dever ético e legal de informar o paciente sobre seus direitos e opções, e, fundamentalmente, o dever de encaminhá-lo (ou garantir que a instituição o faça), sem demora, a outro profissional ou equipe disposta a realizar o procedimento, assegurando a continuidade do cuidado e a efetivação do direito do paciente.

## 5.7 PROPOSTA DE DIRETRIZES E MODELO LEGISLATIVO

Com base na análise comparativa e na refutação dos argumentos contrários, conclui-se que uma futura legislação brasileira, para ser ética e constitucional, deve focar preferencialmente no Suicídio Assistido, onde o paciente autoadministra o fármaco. Mais importante, ela deve ser estruturada como uma solução direta ao problema da Mistanásia (Seção 5.4), vinculando o exercício da autonomia à garantia prévia do cuidado paliativo.

O Quadro 3 detalha as diretrizes gerais e salvaguardas essenciais, compiladas da análise internacional e dos princípios bioéticos. O Quadro 4, por sua vez, traduz essas diretrizes em um modelo legislativo concreto, baseado na proposta autoral deste trabalho. A regulamentação ministerial do procedimento na Colômbia (Ministério da Saúde e Proteção Social, 2021) serve como um exemplo prático da viabilidade de implementação dos Comitês de Revisão propostos.

**Quadro 3** – Proposta de Diretrizes e Salvaguardas Gerais

Eixo Estrutural	Diretriz / Salvaguarda Proposta	Justificativa
<b>1. Elegibilidade</b>	Paciente maior e capaz, com diagnóstico de doença grave, incurável e em estágio avançado, causando sofrimento físico ou psíquico refratário.	Foco na terminalidade e sofrimento refratário, evitando a "expansão" do modelo canadense para casos não terminais (Portela, 2018).
<b>2. Voluntariedade</b>	Pedido voluntário, consciente, reiterado (ex: 2 pedidos com 15 dias de intervalo) e por escrito. Avaliação psiquiátrica obrigatória para atestar discernimento.	Garantia de que a decisão é robusta, livre de coerção ou depressão tratável (Eixo Central da Regulação).
<b>3. Parecer Médico</b>	Avaliação e parecer favorável de, no mínimo, dois médicos independentes, sendo um deles especialista na patologia de base.	Evitar decisões baseadas em um único diagnóstico. Padrão internacional (Holanda, Canadá, Portugal).
<b>4. Cuidados Paliativos</b>	Comprovação obrigatória de que o paciente foi informado sobre todas as	Condição <i>sine qua non</i> . A autonomia só existe se houver alternativa real ao

	opções de Cuidados Paliativos disponíveis e as recusou formalmente.	sofrimento (Tese da Mistanásia / Morte Social).
<b>5. Controle</b>	Criação de Comitês Multidisciplinares de Revisão (jurídico, médico, ético) para análise <i>a posteriori</i> de todos os casos.	Mecanismo de transparência e controle, similar ao modelo holandês (PAÍSES BAIXOS, 2002) ou colombiano (Res. 0971/21).

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

**Quadro 4** – Proposta de Modelo Legislativo Brasileiro (Foco no Suicídio Assistido)

Eixo Estrutural	Diretriz / Salvaguarda Proposta	Justificativa (Alinhamento à Tese Central)
<b>1. Reconhecimento e Elegibilidade</b>	Reconhecer o direito ao Suicídio Assistido para paciente maior e capaz, com doença grave, incurável e em estágio avançado, causando sofrimento físico ou psíquico insuportável e refratário.	Foco na terminalidade e no sofrimento refratário, evitando o <i>slippery slope</i> (VIEIRA, 2021).
<b>2. Processo e Voluntariedade</b>	Pedido voluntário, livre, consciente, reiterado (ex: 2 pedidos com 15 dias de intervalo) e por escrito. Avaliação multidisciplinar obrigatória por 2 médicos independentes e 1 psiquiatra/psicólogo.	Garantia do discernimento (Seção 5.2), excluindo depressão tratável ou "cansaço existencial".
<b>3. Mecanismo Jurídico-Penal</b>	Criação de uma excludente de ilicitude ou tipicidade (imunidade penal) para o médico que seguir o rito legal, fundamentada na Atipicidade Material da Conduta.	A conduta, amparada na CF/88 (Dignidade), não fere o bem jurídico que o CP/40 visa proteger (Seção 3.2).
<b>4. A Condição <i>Sine Qua Non</i></b>	A eficácia da lei deve ser condicionada à universalização e acesso efetivo aos Cuidados Paliativos (CP) de alta qualidade no SUS, conforme PNCP (BRASIL, 2024).	Resolve a Mistanásia / "Morte Social" (Seção 5.4; LIMA, 2017). Garante que a autonomia seja real, e não uma coação pelo abandono estatal.
<b>5. Controle e Consciência</b>	Garantia da Objeção de Consciência com Dever de Encaminhamento (Seção 5.6). Criação de Comitês de Revisão (controle <i>a posteriori</i> ).	Equilíbrio entre o direito do médico e o acesso do paciente, evitando o abandono.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os Quadros 3 e 4, portanto, sintetizam a proposta central deste trabalho. Este modelo legislativo não é uma mera importação de soluções estrangeiras, mas um design concebido especificamente para o paradoxo brasileiro. A sua força reside na articulação de dois eixos: (1) a segurança jurídica para o médico, através da tese da Atipicidade Material e (2) a segurança social para o paciente, através da condição *sine qua non* dos Cuidados Paliativos. Ao focar no Suicídio Assistido (preservando o protagonismo do paciente) e vincular o exercício da autonomia à obrigação do Estado de cuidar, esta proposta visa, em última instância, desmantelar a estrutura da Mistanásia, a morte social, assegurando que qualquer escolha de fim de vida seja, de fato, livre, e não uma fuga do abandono.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou os desafios para a regulamentação da morte assistida no Brasil, à luz da dignidade da pessoa humana e de modelos comparados. Constatou-se que o ordenamento brasileiro vive um profundo paradoxo: enquanto o Código Penal de 1940 criminaliza a assistência (Art. 121 e 122), resoluções infralegais do Conselho

Federal de Medicina (Ortotanásia e Testamento Vital) já avançaram significativamente no reconhecimento da autonomia do paciente terminal.

A tese central defendida foi que esta inércia legislativa, somada à grave e crônica deficiência na oferta de Cuidados Paliativos de acesso universal, configura um cenário de Mistanásia (Pessini, 2004; Garrafa, 2016). Como aprofundado pela tese de Lima (2017), trata-se de uma "morte social", uma violação de direitos humanos causada pela negligência estrutural do Estado. Esta é a morte indigna que força o paciente a escolher entre o sofrimento imposto (Distanásia) ou o abandono (Mistanásia), violando a autonomia na sua origem. A proibição penal, nesse contexto, não protege a vida; protege o dogma enquanto mascara a negligência.

A análise internacional demonstrou a viabilidade da regulação (Países Baixos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá). Mais importante, a recente segunda onda de legalizações em países com os quais o Brasil partilha raízes jurídicas e culturais latinas — tanto na América do Sul (Colômbia, Equador) quanto na Europa (Espanha, Portugal, Itália) —, muitas impulsionadas por ativismo judicial, demonstra uma tendência global robusta em direção à autonomia, isolando a posição proibitiva do Brasil.

Conclui-se que a superação desse cenário exige uma dupla ação, como detalhado na proposta legislativa (Quadro 4): (1) o investimento maciço e imediato na efetivação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (BRASIL, 2024), para garantir que o alívio do sofrimento seja a regra e a opção primária; e (2) a despenalização estrita e a tipificação específica do Suicídio Assistido (onde o paciente preserva o protagonismo do ato final), seja pela via legislativa ou por provação judicial (ADPF/MI).

Esta regulação deve ser eticamente condicionada ao acesso universal aos Cuidados Paliativos e ter como mecanismo penal a tese da Atipicidade Material da conduta médica (Villas-Bôas, 2008), que, seguindo o rito, age amparada pela *lex artis* e pela Constituição. Somente assim o Brasil poderá garantir que a decisão de fim de vida seja, de fato, um exercício de dignidade e autonomia, e não um ato de desespero diante do abandono estatal e da "morte social" (Lima, 2017).

## REFERÊNCIAS:

AGIUS, Emmanuel; CALLEJA, Carlo; ZAMMIT, Ray. Balancing autonomy with ethical responsibility. **Times of Malta**, Malta, 6 jul. 2025.

ALEMANHA. Bundesverfassungsgericht (Corte Constitucional Federal). Judgment of the Second Senate of 26 February 2020 - 2 BvR 2347/15. 2020. [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715en.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html). Acesso em: 30 de nov. 2025

ALONSO, Juan Pedro. El derecho a una muerte digna en Argentina: la judicialización de la toma de decisiones médicas en el final de la vida. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 569-589, 2016.

ALVARADO-VELEZ, Julio A.; TAPIA MALLA, Natalia Raquel; ROMERO-NOBOA, Wendy Pilar. El reconocimiento del derecho a la muerte digna en Ecuador: de la jurisprudencia constitucional a la reforma legal. **Estudios Constitucionais**, v. 23, n. 1, p. 278-295, 2025.

ARGENTINA. Lei 26.742 - Salud Pública: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. 2012. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; LOSURDO, Federico. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 1-23, maio/ago. 2018.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRASS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. Nova York: Oxford University Press, 2019.

BÉLGICA. The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002. 2002. [https://poj.peeters-leuven.be/content.php?url=article&id=503856&journal\\_code=EP](https://poj.peeters-leuven.be/content.php?url=article&id=503856&journal_code=EP). Acesso em: 30 de novembro de 2025.

BHOWMIK, Puja. Physician assisted suicide tourism—A future global business phenomenon. **Business and Management Review**, v. 10, n. 1, p. 54-61, 2018.

BRAGA, Thiago Melim. **O suicídio assistido no Brasil**: uma análise constitucional e legal. 2022. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília, 1988. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 30 de nov. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 30 de nov. 2025.

BRASIL. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3. Sentença, 2010. <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?secao=DF&proc=200734000148093>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.666, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Brasília, 2024. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3666\\_30\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3666_30_04_2024.html). Acesso em: 30 de nov. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Mandado de Injunção 6825/DF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgado em 2023. <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=749934134>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

CANADÁ. Suprema Corte. Carter v. Canada (AG). 2016. <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>. Acesso em: 30 de novembro de 2025.

CARRILLO, Martha Lucía; VALLEJO, Paola. Aplicabilidad de las medidas dispuestas por la Corte Constitucional ecuatoriana para acceder a la eutanasia como garantía al derecho a una vida digna y al libre desarrollo de la personalidad. **Religación Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**, 2024.

CILIBERTI, Rosagemma et al. End of Life in Italy: Ethical and Legal Perspectives. **Healthcare**, v. 13, n. 666, 2025.

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **O Direito humano: Direito à vida. Declaração sobre a Eutanásia**. Brasília, 2020. <https://www.cnbb.org.br/o-direito-humano-direito-a-vida/>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

COLÔMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C-239/97. 1997. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

COLÔMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C-233 de 2021. 2021. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal1.jsp?i=117745&dt=S>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

COLÔMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C-164/22. 2022. [https://files.lafm.com.co/assets/public/2022-05/Com%202015%20C-164-22%20asistencia%20m%C3%A9dica%20al%20suicidio%20\(1\)\\_0.pdf](https://files.lafm.com.co/assets/public/2022-05/Com%202015%20C-164-22%20asistencia%20m%C3%A9dica%20al%20suicidio%20(1)_0.pdf). Acesso em: 30 de nov. 2025.

COLLERAN, Miriam; DOHERTY, Anne M. Examining assisted suicide and euthanasia through the lens of healthcare quality. **Irish Journal of Medical Science**, v. 193, p. 353–362, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.805/2006. Dispõe sobre a eutanásia. Brasília, 2006.

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretrivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2020.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida**: aborto, eutanásia e outras liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EQUADOR. Corte Constitucional. Sentencia 67-23-IN/24. Quito, 05 de fevereiro de 2024.

[https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcnBldGE6J3RyYW1pdGUuLCB1dWlkOidINzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdIYzVkYTY3NGQucGRmJ30=](https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcnBldGE6J3RyYW1pdGUuLCB1dWlkOidINzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdIYzVkYTY3NGQucGRmJ30=). Acesso em: 30 de nov. 2025.

ESPAÑA. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, n. 72, 25 mar. 2021. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628). Acesso em: 30 de nov. 2025.

FERNANDES, Leonardo Agostini. Como entendemos o Final da Vida: A "morte" e o "morrer" à luz da revelação bíblica e da teologia. **Revista Eclesiástica Brasileira**, v. 74, n. 293, p. 80-103, 2014.

FRANÇA. Assembleia Nacional. Proposition de Loi relative au droit à l'aide à mourir. (Texte adopté nº 122). Paris, 27 mai 2025. [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0122\\_texte-adopte-seance](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0122_texte-adopte-seance). Acesso em: 30 de nov. de 2025.

GARRAFA, Volnei. Bioética: Origens e Complexidade. **Revista Bioética**, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

GAUTHIER, Saskia et al. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. **Journal of Medical Ethics**, v. 41, n. 8, p. 611-617, 2014.

GIMENES DE PAULA, Marcio. O Estado e o Indivíduo: O Conceito de Liberdade em John Stuart Mill. **Polymatheia - Revista de Filosofia**, Fortaleza, v. III, n. 3, p. 73-84, 2007.

GOUVÊA, Gisele Gomes; DEVAL, Rafael Antônio. O direito de morrer e a dignidade da pessoa humana. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 51-58, maio/ago. 2018.

IBAGY, Victor. **O Direito a uma Morte Digna**: um estudo acerca da Morte Assistida e suas formas à luz do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2023.

ITÁLIA. Corte Costituzionale. Sentenza n. 242/2019. 19 nov. 2019. <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2019/242>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de José Lamego. Lisboa: 3<sup>a</sup> Edição, 2017.

LARA, Silvielen Cristiane Faria de. **A Morte e o Turismo**: uma análise em busca de possíveis segmentos para viagens com motivação de Suicídio Assistido. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Turismo) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2021.

LIMA, Walber Cunha. **Bioética, Mistanásia e Direitos Humanos**: Morte social e perspectivas para o seu enfrentamento. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

LOPES, Natália Piqueras; FERRAGI, Cesar Alves. "Turismo Suicida": a experiência da morte como destino. **Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 8, p. 1-24, 2024.

LUXEMBURGO. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Mémorial: Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg, A-N° 46, 2009. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

MACÊDO, Marcos Arécio Miranda; CIOATTO, Roberta Marina. Eutanásia na Colômbia: Direito Fundamental da Morte Digna. **Revista Direitos Humanos & Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 48-62, 2023.

MÉXICO. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. **Ley de Vontade Anticipada**: El derecho a una muerte digna. Governo do México, 2019. Disponível em: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>. Acesso em: 28 out. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL (Colômbia). Resolução 0825 de 2018. Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los Niños, Niñas y Adolescentes. Bogotá, 2018. <https://asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/prestaciones-de-servicios-de-salud/resolucion-0825-de>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL (Colômbia). Resolução 0971 de 2021. Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia. Bogotá, 2021. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=114617>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

MROZ, Sarah et al. Assisted dying around the world: a status quaestionis. **Annals of Palliative Medicine**, v. 10, n. 3, p. 3540-3553, 2021.

NASCIMENTO, J. F. R. A recusa de tratamentos vitais no ordenamento brasileiro: a escolha é sua. **Coleção CONPEDI/UNICURITIBA**, v. 3, 2013.

OLIVEIRA, Marta Silva Miranda Vieira de; AGUIAR, Vera Mônica Queiroz Fernandes. Morte assistida x legislação brasileira. **Revista FT**, v. 26, n. 115, out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos**: Diretrizes para Políticas Públicas. Genebra, 2018. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

PAÍSES BAIXOS. Termination of Life on Request and Assisted Suicide. Review Procedures Act. 2002. <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>. Acesso em; 30 de nov. 2025.

PÉREZ ESTRADA, Laura Celia. Tratamiento jurídico de la muerte digna en México. **Revista de la Facultad de Derecho**, n. 1, p. 75-92, 2019.

PESSINI, Leo. **Eutanásia**: por que abreviar a vida? São Paulo: São Camilo, 2004.

PICÓN-JAIMES, Yelson Alejandro et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 75, 103380, 2022.

PORTELA, Daniela Davis. **Morte medicamente assistida**: a Bill C-14 canadense e a possível adoção pelo Brasil. 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

PORUGAL. Lei nº 22/2023, de 25 de maio. Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal. Diário da República, 1.<sup>a</sup> série, n. 101, 25 mai. 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

REINO UNIDO. Suicide Act 1961. Chapter 60. 1961. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60/data.xht?wrap=true>. Acesso em: 30 de nov. 2025.

ROCHA, Bárbara Rodrigues da. Autonomia em face do direito de morrer: uma abordagem do Testamento Vital no direito brasileiro. **Coleção CONPEDI/UNICURITIBA**, v. 3, 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de Morrer**: eutanásia, suicídio assistido. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SAMPAIO, Lua Nascimento; LIMA, Cláisse Laupman Ferraz. Suicídio Assistido: Uma análise comparada. **Revista Geoconomica**, PUC-SP, 2022.

SANTANA, Natan Galves; DORIGON, Alessandro. **Suicídio assistido**: imposição da vida pelo estado violando o princípio da dignidade da pessoa humana. Akrópolis, Umuara, v. 27, n. 2, p. 137-149, jul./dez. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SEGATTO, Antonio Carlos; ESPECIATO, Ian Matozo. Novos Paradigmas da Eutanásia no Neoconstitucionalismo: Recobramento da Dignidade do Paciente. **Coleção CONPEDI/UNICURITIBA**, v. 3, 2018.

SIMONELLI, Osvaldo. Análise da legislação internacional sobre eutanásia e suicídio assistido. **Migalhas de Peso**, 20 jun. 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/368187/legislacao-internacional-eutanasia-e-suicidio-assistido>. Acesso em: 24 nov. 2025.

SIRONI, Fernanda Menegotto; TISOTT, Neri. A possibilidade da declaração de última vontade diante do conflito de direitos fundamentais envolvidos na ortotanásia. **Coleção CONPEDI/UNICURITIBA**, v. 3, 2013.

SPERLING, Daniel. Views, Attitudes and Challenges When Supporting a Family Member in Their Decision to Travel to Switzerland to Receive Aid-In-Dying. **International Journal of Public Health**, v. 69, 1607410, 2024.

SUÍÇA. Schweizerisches Strafgesetzbuch (Código Penal Suíço). Art. 115. 1937. [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757\\_781\\_799/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de). Acesso em: 30 de nov. 2025.

THAM, Aaron; STANTON, Hayley. End-of-life hospitality? A preamble for supply-side notions of suicide tourism. **Journal of Tourism, Heritage & Services Marketing**, v. 10, n. 1, p. 90-93, 2024.

URUGUAI. Câmara de Senadores. Carpeta N° 341 de 2025. Morte Digna: Regulação. Projeto de lei aprovado pela Câmara de Representantes. Montevidéu, 2025. <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/165490?GA>. Acesso em: 30 de novembro de 2025.

VIEIRA, Carolina Brum Monteiro de Castro. Assistência médica na morte: um estudo de caso da prática de eutanásia no Canadá. **VirtuaJus**, Belo Horizonte, v. 6, n. 11, p. 173-185, 2º sem. 2021.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.

YU, Chung-En; WEN, Jun; GOH, Edmund; ASTON, Joshua. "Please help me die": applying self-determination theory to understand suicide travel. **Anatolia**, v. 30, n. 3, p. 450-453, 2019.