

Eutanásia, mistanásia, ortotanásia e o direito à morte digna

30/05/2026

O debate sobre a terminalidade da vida voltou ao centro das discussões jurídicas e bioéticas na América Latina após notícias divulgadas pela imprensa uruguaia relatarem que, em 22 de maio de 2026, teria sido realizada no Uruguai a primeira eutanásia legalmente autorizada no país após a entrada em vigor da chamada Lei da Morte Digna, aprovada pelo Parlamento uruguaio em 2025. Segundo os relatos divulgados, uma mulher de 69 anos portadora de câncer pancreático com metástases pulmonares, renais e hepáticas teria recebido, no Hospital Policial de Montevideú, procedimento realizado mediante autorização expressa da paciente, acompanhamento médico e presença de familiares.

Caso oficialmente confirmado em todos os seus detalhes, o episódio representará marco histórico relevante para a bioética latino-americana. O Uruguai passaria a integrar o grupo de países da região que admitem juridicamente formas de morte assistida, ao lado da Colômbia e do Equador, tornando-se, contudo, o primeiro da América do Sul a fazê-lo diretamente por iniciativa legislativa parlamentar, e não inicialmente por construção jurisprudencial constitucional.

O tema ultrapassa em muito a dimensão médica. Trata-se de questão jurídica, filosófica e ética de enorme complexidade, pois obriga as sociedades contemporâneas a revisitar perguntas antigas e ainda sem resposta definitiva, qual é o valor jurídico da vida? Existe um direito de morrer com dignidade? Pode o Estado impor a continuidade da vida biológica contra a vontade livre e consciente do indivíduo submetido a sofrimento extremo e irreversível?

O legislador brasileiro historicamente evita enfrentar essas questões de forma direta. Entretanto, a omissão normativa produz consequências concretas sobre pacientes, famílias e profissionais de saúde.

Debate começa na terminologia

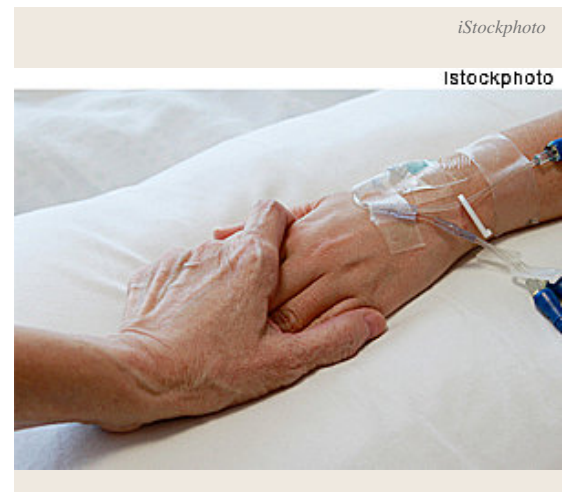
A primeira dificuldade do debate está na terminologia. Eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e suicídio assistido não são conceitos equivalentes. Confundi-los produz distorções morais e jurídicas relevantes.

A morte assistida constitui gênero que abrange diferentes modalidades de intervenção no processo de morrer, especialmente a eutanásia e o suicídio assistido.

A eutanásia, do grego eu (boa) e thanatos (morte), consiste no ato intencional de abreviar a vida de paciente acometido por enfermidade grave, irreversível e causadora de sofrimento insuportável, a pedido deste, com o objetivo de evitar o prolongamento do padecimento. A literatura bioética clássica tradicionalmente diferenciava entre eutanásia ativa e chamada “eutanásia passiva”. Contudo, na bioética contemporânea, esta última expressão vem sendo progressivamente abandonada por ser considerada tecnicamente imprecisa e frequentemente confundida com a ortotanásia.

O filósofo e bioeticista norte-americano James Rachels, em artigo clássico publicado no *The New England Journal of Medicine* em 1975, sustentou que não existe diferença moral substancial entre matar e deixar morrer quando intenção, contexto e resultado são equivalentes. A tese permanece controversa, mas influenciou profundamente o debate bioético contemporâneo.

A ortotanásia, do grego orthos (correto), designa a morte em seu tempo natural, sem prolongamento artificial e desproporcional do processo de morrer. Trata-se da única modalidade expressamente admitida pela ética médica brasileira. A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina autorizou a limitação ou suspensão de tratamentos inúteis em pacientes terminais, entendimento posteriormente consolidado no âmbito judicial e reafirmado pelo Código de Ética Médica atualmente vigente, especialmente no artigo 41 da Resolução CFM nº 2.217/2018, que veda



a obstinação terapêutica.

A distanásia constitui justamente o oposto da ortotanásia, a utilização desproporcional de recursos tecnológicos para prolongar artificialmente o processo de morte, frequentemente sem expectativa razoável de reversão clínica ou recuperação da qualidade de vida. Embora o ordenamento jurídico brasileiro ainda não a qualifique expressamente como prática ilícita, parte significativa da doutrina bioética e constitucional sustenta que a obstinação terapêutica pode violar a dignidade da pessoa humana e submeter pacientes a sofrimento degradante e desnecessário.

Já a mistanásia, conceito desenvolvido pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos e aprofundado por autores como Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine, refere-se à morte miserável, precoce e evitável produzida por abandono social, pobreza estrutural, deficiência de políticas públicas ou falhas institucionais. Pode manifestar-se sob diferentes formas, a mistanásia social, decorrente da exclusão e da ausência de acesso adequado à saúde; a mistanásia por erro médico evitável; e a mistanásia produzida pelo uso perverso da medicina em práticas de violência ou tortura.

No Brasil, a mistanásia social constitui fenômeno estrutural silencioso, especialmente perceptível na desigualdade de acesso ao SUS, às terapias de alta complexidade, aos medicamentos de alto custo e aos cuidados paliativos.

O suicídio medicamente assistido distingue-se da eutanásia porque o ato final é praticado pelo próprio paciente, embora com auxílio médico na prescrição ou disponibilização da substância letal. É o modelo adotado na Suíça e em diversos estados norte-americanos, especialmente a partir da chamada Lei da Morte com Dignidade do Oregon, de 1997. Sua principal limitação prática reside justamente na necessidade de preservação da capacidade física do paciente para autoadministrar a substância.

Dignidade da pessoa humana

O fundamento jurídico central do debate reside na dignidade da pessoa humana, princípio estruturante da Constituição previsto no artigo 1º, III, da Constituição. Essa dignidade possui dupla dimensão. De um lado, fundamenta o dever estatal de proteção à vida; de outro, também sustenta o direito de o indivíduo não ser submetido a sofrimento degradante, à obstinação terapêutica ou à negação absoluta de sua autonomia existencial.

O jurista e filósofo do direito Ronald Dworkin, em *Domínio da Vida*, observou que a dignidade não constitui apenas atributo da vida, mas também elemento que pode, ou não, caracterizar a própria morte.

O princípio da autonomia, desenvolvido na bioética contemporânea por Tom Beauchamp e James Childress, reconhece o direito do indivíduo capaz e informado de tomar decisões sobre seu próprio corpo e tratamento médico. No constitucionalismo brasileiro, esse princípio decorre da liberdade individual e da dignidade humana.

O Supremo Tribunal Federal vem reconhecendo, em diferentes precedentes relacionados à autonomia existencial, que o Estado não pode impor um único modelo legítimo de vida privada aos cidadãos. A questão ainda em aberto é até que ponto essa autonomia pode se projetar juridicamente sobre o processo de morrer.

Os opositores da eutanásia sustentam que o Estado possui dever irrenunciável de proteção da vida, especialmente em situações de vulnerabilidade psicológica, econômica ou social. Argumentam ainda que idosos, pessoas com deficiência ou pacientes gravemente enfermos podem sentir-se pressionados, ainda que indiretamente, a optar pela morte para não se tornarem um peso para suas famílias ou para o sistema de saúde.

Os defensores da legalização respondem que obrigar alguém a suportar sofrimento extremo e irreversível contra sua vontade constitui forma extrema de paternalismo estatal. Ambos os lados levantam preocupações legítimas, razão pela

Spacca



opinião

qual qualquer regulamentação séria exige critérios rigorosos, controle institucional e salvaguardas éticas consistentes.

Legislação no Brasil

No Brasil, inexistente legislação específica sobre eutanásia ou suicídio assistido. O Código Penal de 1940 tipifica o homicídio privilegiado e criminaliza o auxílio ao suicídio, circunstâncias que parte da doutrina entende aplicáveis à eutanásia e ao suicídio assistido.

A ortotanásia, contudo, consolidou-se no plano ético e administrativo a partir das resoluções do Conselho Federal de Medicina, embora ainda exista insegurança jurídica decorrente da ausência de legislação formal aprovada pelo Congresso Nacional.

Também permanecem sem aprovação projetos legislativos destinados a regulamentar diretivas antecipadas de vontade, testamento vital e direitos dos pacientes em fase terminal. Assim, temas centrais relacionados ao fim da vida continuam disciplinados predominantemente por normas administrativas e interpretações doutrinárias.

Em 2024, o Brasil deu passo importante ao fortalecer institucionalmente a Política Nacional de Cuidados Paliativos, reforçando o direito do paciente ao alívio da dor, ao controle de sintomas e à preservação da qualidade de vida mesmo diante da ausência de perspectiva curativa.

Os cuidados paliativos constituem, inclusive, um dos principais argumentos dos setores contrários à legalização da eutanásia, uma medicina paliativa robusta, acessível e humanizada reduziria significativamente os pedidos de antecipação da morte.

Como funciona no exterior

No plano internacional, a fronteira jurídica da terminalidade da vida vem se transformando rapidamente. A Colômbia foi pioneira na América Latina ao reconhecer, por decisão de sua Corte Constitucional em 1997, a possibilidade da eutanásia em determinadas circunstâncias. O Equador seguiu caminho semelhante em 2024.

Os Países Baixos legalizaram legislativamente a eutanásia em 2002, exigindo sofrimento insuportável, pedido voluntário reiterado e avaliação médica independente. A Bélgica adotou modelo semelhante e posteriormente ampliou hipóteses de acesso.

O Canadá regulamentou a chamada Assistência Médica para Morrer em 2016, ampliando posteriormente seu alcance e gerando intenso debate internacional acerca de potenciais excessos e riscos de expansão indevida do instituto.

A Espanha legalizou a eutanásia em 2021, em contexto fortemente influenciado pelo debate público provocado pelo filme *Mar adentro*, inspirado na história real de Ramón Sampedro.

A Suíça, embora não admita formalmente a eutanásia ativa, tolera o suicídio assistido por organizações privadas como a Dignitas, circunstância que originou o fenômeno internacionalmente conhecido como “turismo do suicídio assistido”.

Autonomia e compaixão

Os argumentos favoráveis à legalização concentram-se sobretudo em três eixos, autonomia individual, compaixão diante do sofrimento extremo e coerência normativa. Para seus defensores, se o ordenamento já admite ortotanásia, sedação paliativa profunda e diretivas antecipadas de vontade, a proibição absoluta da eutanásia ativa torna-se difícil de justificar em situações excepcionais.

Os argumentos contrários também possuem elevada densidade ética. O chamado “efeito da ladeira escorregadia”, expressão utilizada para designar o risco de ampliação progressiva das hipóteses inicialmente autorizadas, aparece frequentemente nos debates sobre Bélgica e Canadá.

Soma-se a isso a preocupação com a vulnerabilidade social dos pacientes e com o direito à objeção de consciência dos profissionais de saúde, reconhecido inclusive pela Associação Médica Mundial.

O cinema talvez tenha conseguido traduzir esse drama humano com mais honestidade do que o próprio direito positivo. *Mar adentro* permanece uma das reflexões mais profundas sobre autonomia e sofrimento no fim da vida. *Million Dollar Baby* humaniza o dilema moral sem reduzi-lo a respostas simples. *Wit* denuncia a desumanização produzida pela obstinação terapêutica hospitalar. *You Don't Know Jack*, com Al Pacino interpretando Jack Kevorkian, discute os limites entre compaixão, desobediência civil e criminalização da assistência à morte.

Para o Brasil, o caso uruguaio possui relevância especial. Compartilhamos com o Uruguai proximidade cultural, tradição jurídica romano-germânica e dilemas semelhantes em matéria de saúde pública e bioética. A experiência uruguaia inevitavelmente influenciará o debate brasileiro.

Um eventual marco normativo brasileiro sobre terminalidade da vida deveria contemplar, ao menos, regulamentação legal das diretivas antecipadas de vontade; disciplina legislativa clara da ortotanásia; fortalecimento estrutural dos cuidados paliativos no SUS; criação de comissões hospitalares multidisciplinares de bioética; e abertura de debate público qualificado sobre hipóteses excepcionais de suicídio assistido.

O silêncio normativo não é neutro. Ele transfere às famílias decisões extremamente complexas sem amparo jurídico suficiente, expõe médicos à insegurança institucional e mantém pacientes submetidos tanto à distanásia tecnológica quanto à mistanásia social.

No fim, o debate sobre eutanásia não é apenas um debate sobre morte. É um debate sobre dignidade, sofrimento, liberdade, cuidado e limites do poder estatal sobre o corpo humano.

O direito brasileiro ainda não encontrou linguagem jurídica plenamente adequada para tratar desse tema. Mas o caso uruguaio demonstra que essa discussão já deixou de ser teórica na América Latina.

Referências

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Brasília: CFM, 2006. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Brasília: CFM, 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: CFM, 2018. Aprova o Código de Ética Médica.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Tradução de: *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Alfred A. Knopf, 1993.

MAR ADENTRO. Direção: Alejandro Amenábar. Produção: Mod Producciones; Sogepaq; Himenóptero. Espanha: Warner Bros., 2004. Filme (125 min.).

MILLION DOLLAR BABY. Direção: Clint Eastwood. Produção: Warner Bros. Pictures; Malpaso Productions; Lakeshore Entertainment. Estados Unidos: Warner Bros., 2004. Filme (132 min.).

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de bioética*. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

RACHELS, James. Active and passive euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 292, n. 2, p. 78–80, jan. 1975.



SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

WIT. Direção: Mike Nichols. Produção: HBO Films. Estados Unidos: HBO, 2001. Filme (99 min.).

YOU DON'T KNOW JACK. Direção: Barry Levinson. Produção: HBO Films; Bee Holder Productions. Estados Unidos: HBO, 2010. Filme (134 min.).

Fonte: <https://conjur.jumps.com.br/2026-mai-30/eutanasia-mistanasia-ortotanasia-e-o-direito-a-morte-digna/>