

Ensaio**Suicídio assistido:
Apontamentos em caso de doenças terminais**

*Ana Luiza Fraccaroli
Catharina Bibikoff
Gabriela Medeiros Ribeiro
Giovanna Pessoa
Lucas Santander
Luiz Saruê
Paulo Rafael Gonçalves Da Silva Von Zuben
Sergio Ricardo Tudisco
Maria Elisa Gonzalez Manso*

O suicídio assistido é caracterizado pelo encurtamento da dor do indivíduo diante de um estado de doença terminal. Entre os enfermos, que optam pela adoção desse procedimento, há certo consenso quanto a preferência do uso do termo ‘morte pré-planejada’, ao invés de ‘suicídio assistido’.

Algumas considerações sobre os termos eutanásia, suicídio assistido e ortotanásia são importantes. A primeira é uma forma de tratamento de pacientes portadores de doenças incuráveis, cujo objetivo é garantir a essas pessoas uma morte mais humanizada e com menos sofrimento. Na eutanásia, a morte é antecipada por um agente, geralmente um profissional de saúde (morte assistida),

diferentemente do que ocorre no suicídio assistido, onde a morte é provocada pelo próprio paciente, sendo apenas facilitada pelo agente, porém atendendo às mesmas condições de ocorrência. Já ortotanásia é caracterizada pela não interferência médica em casos terminais, portanto, nestes casos, a morte não é provocada, apenas a doença segue seu curso natural.

Desde 1997, o estado americano do Oregon já tem legalizado o suicídio assistido. Neste local, nas últimas duas décadas, 752 pessoas já se submeteram ao procedimento, mas, deve-se ressaltar que somente um, em cada seis pedidos, acabam sendo aprovada pela junta médica que avalia essas solicitações. Apenas pessoas com idade acima de 18 anos, capazes de se comunicar, e que padecem com uma doença terminal que vai encerrar sua vida em até seis meses, fato comprovado por duas testemunhas, podem solicitar o procedimento para a junta médica avaliativa.

Deve-se ressaltar que o paciente pode desistir a qualquer momento do processo, mesmo que este já tenha sido aprovado pela junta, e que para mais de 90% dos casos, que caminham até o final, o motivo apresentado para o suicídio assistido é a perda de autonomia. Assim, os indivíduos optantes pelo procedimento recebem uma dose letal de medicamentos conhecidos como barbitúricos, conduzindo à parada respiratória. Após a aprovação no Oregon, os estados de Washington, Vermont, Montana e Novo México, todos nos E.U.A., já possuem leis idênticas.

Na Holanda e na Bélgica, desde 2002 tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido são legalizados, sendo cada caso analisado por uma junta composta por médicos, juízes e sociólogos. No primeiro país, além de ter uma doença incurável, a pessoa deve padecer com dores insuportáveis. Em ambos a intervenção pode ser realizada a partir dos 12 anos de idade.

A Suíça não apresenta legislação expressa sobre o tema, mas a jurisprudência interpreta a legislação segundo o direito de os pacientes escolherem a morte. Ocorre semelhante processo no Uruguai, onde os juízes podem exonerar de castigo quem, por compaixão, mediante súplicas reiteradas dos pacientes, exerce a eutanásia, mas, neste país, o suicídio assistido não é permitido. Ainda Luxemburgo, Colômbia, Alemanha e Canadá permitem morte pré-planejada, porém cada país com especificidades legais próprias.

No Brasil, o suicídio assistido não é permitido, sendo considerado idêntico à eutanásia e, portanto, crime de homicídio. Porém, desde 2006, a ortotanásia, ou seja, a interrupção de tratamento de uma doença terminal é permitida pelo Conselho Federal de Medicina.

O debate sobre o tema ainda é importante para o mundo como um todo. Para os que defendem a eutanásia e o suicídio assistido, o principal argumento é a dignidade humana, ou seja, o que adianta ter vida se esta não é digna e vivida com sofrimento prolongado. Desta forma, o indivíduo deve ter o direito de terminar com sua vida, se assim o desejar, sendo um direito de escolha do paciente, sem interferência de quem não conhece seu dia a dia com a doença que o acomete.

Já os que argumentam contra, destacam que retirar a vida de alguém, da forma que for, é um assassinato, sendo que o indivíduo se encontra emocionalmente abalado pelo seu sofrimento, ficando, assim, sua escolha comprometida. Além destes pontos,

a prática contradiz preceitos éticos dos profissionais de saúde, principalmente médicos.

A ética médica é um fator de influência nas decisões sobre morte pré-planejada. Considerado um conceito complexo e mutável ao longo da história, a ética médica é um guia essencial para a medicina. Entretanto, tal concepção deve ser tão fluida quanto os próprios métodos médicos, que são moldados conforme o desenvolvimento de tecnologias e avanço do conhecimento. Assim, a ética médica é historicamente modificada juntamente ao seu maior fundamento, o Juramento de Hipócrates - com origem na Grécia Antiga - é um pilar para a prática médica, de forma a orientar o profissional a agir conforme a ética e honestidade. Acredita-se que a interpretação desse juramento deve continuar evoluindo, a fim de acompanhar os atuais desafios da medicina, inexistentes à época de sua criação.

Associando-se o suicídio assistido ao juramento mencionado, nota-se que as circunstâncias nas quais o paciente encontra-se devem ser avaliadas, de forma a garantir o melhor resultado para o indivíduo, evitando ao máximo a dor e sofrimento decorrentes das doenças terminais. Logo, para acompanhar a dinamicidade da sociedade entende-se que novas interpretações do juramento podem surgir e garantir, assim, a qualidade e integridade da vida do enfermo.

Com o intuito de manter o avanço da medicina, e de suas diversas interpretações, a dor, o sofrimento e a perda de autonomia vêm sendo consideradas tão importantes quanto os sinais vitais, que antes eram a prioridade do cuidado em pacientes terminais. Como uma ramificação dessa responsabilidade ética do médico, tem-se o manejo da dor e do sofrimento do paciente, isso porque essa ação é um parâmetro que evidencia a assistência integral ao doente. Dessa forma, ao considerar a angústia como essencial para o destino do tratamento, o suicídio assistido torna-se uma solução eticamente válida àqueles que já perderam parte de sua humanidade, promovendo o alívio e dignidade do paciente.

Outras questões que permeiam o debate relacionam-se com o que se considera doença terminal, existindo diferentes visões médicas sobre quadros evolutivos de uma doença que podem ser considerados irrecuperáveis. Assim, além das percepções biológicas, o arranjo da enfermidade terminal é baseado no contexto histórico, social, cultural, tecnologias disponíveis, além de considerações pessoais e familiares.

O que é ou não uma doença terminal também pode ser influenciada por fatores sociais, essencialmente desigualdades sociais. Dessa forma, o poder aquisitivo torna-se um fator discriminatório, sendo o divisor de águas quanto à quais indivíduos darão continuidade ao tratamento e quais terão doenças que serão consideradas terminais pela impossibilidade de reivindicar um recurso terapêutico.

O suicídio assistido é um tema escasso na literatura brasileira, especialmente, ao se tratar de doenças terminais, e isto se deve à visão da sociedade atual, na qual a vida é um território sensível, considerada um direito inviolável. A premissa descrita é fundamentada no paradigma de cura, que parte do pressuposto de que a existência deve ser preservada independentemente das circunstâncias e de sua qualidade.

Destrinchando tal paradigma, nota-se que há uma conclamação a idolatrar a presença física e a alimentar o desejo de prolongá-la, mesmo quando sua qualidade se

deteriora, e se restringe a condições francamente inaceitáveis. Em contraposição, nos dias de hoje, vive-se um momento de transição, em que o paradigma de cuidar - que parte da ideia de que a qualidade da existência é superior a sua necessidade - está sendo mais considerado na profissão médica, viabilizando a incorporação de práticas como o suicídio assistido e eutanásia.

Desse modo, ao considerar esse modelo visando o cuidado, o profissional da saúde e o paciente podem seguir por diferentes caminhos como forma de abreviar a vida em sofrimento decorrente de doenças terminais. Na eutanásia ativa, uma terceira pessoa é responsável por administrar uma dosagem letal, por solicitação do paciente que almeja o fim do sofrimento de modo tranquilo e digno. Em contrapartida, no suicídio assistido, objeto de estudo deste artigo, o paciente, com auxílio da equipe médica, intencionalmente executa o ato de pôr fim à própria existência, por meio da ingestão ou auto-administração de fármacos letais.

Ao reconhecer a impossibilidade da cura de determinadas doenças, como as enfermidades ditas terminais, estabelece-se o suicídio assistido como uma extensão da assistência médica. Logo, diferentemente do senso comum, nesse estágio da enfermidade há múltiplas condutas as quais o paciente pode seguir, sustentando sua autonomia de decisão frente ao momento de fim de sua vida, com o auxílio de seus familiares.

Diante dessas práticas, que possibilitam o encurtamento da vida de uma pessoa, é possível conceituar *“the criteria for a good death”*, que engloba o conceito de uma boa morte. Assim, visando um processo de falecimento mais apazível para o paciente que busca o suicídio assistido, pode-se avaliar o critério *“peaceable”*, que tem como fundamento a vontade e as necessidades pessoais quanto a libertação da dor relacionada à doença. Logo, para fornecer um maior conforto para o indivíduo diante dessa decisão, os cuidados médicos tornam-se ainda mais intensos.

Quando se trata de doenças terminais, é de suma importância considerar, também, a opinião dos familiares. A medicina busca, atualmente, o tratamento humanizado e a assistência e o respeito aos membros da família tornando os procedimentos mais dignos. Dessa forma, manter um maior contato dos familiares com o paciente, fornecer maior número de dados a estes quanto à possibilidade do suicídio assistido, a presença dos familiares ao redor do enfermo, complementa a ideologia do alívio do sofrimento, garantindo uma maior empatia entre todos os envolvidos em decisões difíceis.

A crença, a religiosidade, a espiritualidade e a cultura podem influenciar na deliberação do próprio paciente quanto à esta opção -suicídio assistido - mesmos critérios que moldam as opiniões dos membros da família. Há familiares que não aderem à morte pré-planejada por enxergarem tal ato como uma violação do percurso natural da vida, enquanto outros amparam tal prática. Outro fator relevante é a convicção política de cada membro que se reflete na avaliação do suicídio assistido, como o caso do liberalismo socioeconômico, o qual tende a proporcionar maior aceitação dessa prática, como demonstram algumas pesquisas.

Desta forma, o suicídio assistido, associado a doenças terminais, deve considerar determinantes pessoais, culturais, familiares, tecnológicos e éticos para sua realização de forma adequada. Verifica-se, assim, que todos esses fatores estão

correlacionados e têm o intuito de gerar maior conforto diante de uma decisão que acarrete o encurtamento da vida do paciente a fim de encerrar seu sofrimento.

A literatura destoa quanto a um consenso da legitimação do suicídio assistido diante da doença terminal e apresenta-se ainda mais escassa em países onde tal ato é inconstitucional como, por exemplo, no Brasil. Em países onde o procedimento é legalizado a procura por esta solução tem aumentado substancialmente.

Referências

BRANDALISE, V.B.; REMOR, A.P.; CARVALHO, D.; BONAMIGO, E.L. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. *Revista Bioética*, v.26, n.2, p. 217-227, 2018.

CHESSA, F.; MORENO, F. Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Prim. Care*. v.46, n.3, p. 387-398, 2019.

GUTIERREZ, P.L. *O que é o paciente terminal?* Revista Associação Médica Brasileira. v.47, n.2, p. 2-92, 2001.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 2017.

MISHARA, B.L.; WEISSTUB, D.N. Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *Int J Law and Psychiatry*. v. 36, n.5–6, p.427-435, 2013.

PESSINI, L. *Morrer com dignidade*. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2005.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*. v. 24, n.1, p. 54-63, 2016.

PESSINI, L; BERTACHINI, L (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2013.

RUSSELL, J. Physician-Hastened-Death in Patients with Progressive Neurodegenerative or Neuromuscular Disorders. *Semin Neurol*.v. 38, n.5, p.522-532, 2018.

SHNEIDMAN, E. Criteria for a good Death. *The American Association of Suicidology*. v. 37, n.3, p.245-7, 2007.

STOLZ, E.; MAYERL, H; GASSER-STEINER, P; FREIDL, W. Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation.: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Med Ethics*. v.18, n.1, p.1-13, 2017.

Data de recebimento: 16/11/2020; Data de aceite: 15/02/2021

Ana Luiza Fraccaroli- Graduanda curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Catharina Bibikoff - Graduanda curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Gabriela Medeiros Ribeiro - Graduanda curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Giovanna Pessoa - Graduanda curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Lucas Santander - Graduando curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Luiz Saruê - Graduando curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Paulo Rafael Gonçalves Da Silva Von Zuben- Graduando curso de medicina Centro Universitário São Camilo

Sergio Ricardo Tudisco - Graduando curso de medicina Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais, pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo e orientadora docente Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento LEPE São Camilo.

Foto de Thought Catalog/Pexels