

O SUICÍDIO ASSISTIDO E O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

Renata Rabello de Oliveira¹, José Eduardo de Siqueira², Cláudio Cohen³

RESUMO

Este artigo traz como tema central a discussão da prática do suicídio assistido. É um tema relativamente recente, porém, complexo e controverso. O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue realizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de uma outra pessoa para concretizá-lo. Esta prática vem sendo aceita por alguns países e realizada por alguns profissionais em clínicas especializadas. O direito de decidir sobre o fim da vida e o valor que é atribuído ao sofrimento vivido são os principais questionamentos relativos a este tema. Paralelo a esta discussão, faz-se uma reflexão sobre a atuação do profissional enfermeiro nesta prática. Hoje, o profissional convive com este problema ético trazendo grande conflito com seus valores morais pessoais.

Descritores: suicídio assistido, eutanásia, sacralidade da vida, autonomia, bioética, enfermagem.

ABSTRACT

This article brings a central discussion about the assisted suicide practice. It is a recent subject but extremely controversial and complex. For ways of definition, the assisted suicide occurs when a person, not being able to achieve the intention of dying, requests someone to help. This practice is being accepted for some countries and carried through by some professionals in specialized clinics. The right to decide on the end of the life and the value that is given to suffering are the main topics related to this subject. Moreover, another discussion on the performance of nurses in this practice is carried through. Nowadays, nurses live these ethical problems which bring great conflicts with their personal values.

Key-words: assisted suicide, euthanasia, autonomy, bioethics, nursing.

INTRODUÇÃO

O suicídio assistido é um tema relativamente recente, de grande repercussão e que se apresenta atualmente como um dos mais complexos e controversos problemas morais vivenciados por alguns profissionais da saúde, entre eles, o enfermeiro. É uma prática considerada por muitos moralmente aceitável, ainda que contestada sob o prisma das normas legais vigentes. Para realizar uma análise ética deste tema é preciso esclarecer seu significado, apresentar um breve histórico e apontar alguns de seus aspectos relevantes. Faz-se necessário também discutir a postura do profissional enfermeiro frente a este problema moral.

O SUICÍDIO ASSISTIDO

Segundo Goldim,¹ “o suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de um outro indivíduo”. O auxiliar, no caso um profissional de saúde, que proporciona meios para a obtenção do resultado almejado que será realizado, desde que possível, pelo próprio paciente. Situação diversa caracteriza

eutanásia ativa em que o profissional é o agente que realiza o procedimento, com ou sem o consentimento do paciente.

A prática do suicídio assistido tornou-se de conhecimento público através das intervenções de Jack Kervokian, médico patologista norte-americano que auxiliou mais de 50 pessoas a morrerem por este método desde 1990. Houve verdadeira comoção mundial quando Kervokian ofereceu para divulgação por rede de televisão documentário em que ele próprio executava todo procedimento, o que permitiu rápida ação judicial que culminou em sua prisão e condenação por homicídio doloso.

À época, a legalização do suicídio assistido vinha sendo debatida em muitos países do Ocidente. Em 1997, foi aprovada a lei “Death with dignity” (Morte com dignidade) no estado do Oregon, que autorizava a prática do suicídio assistido. Segundo o *Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act* de Março de 2005,² desde 1998 mais de 200 pessoas já tinham morrido através da utilização deste procedimento.

Atualmente, Bélgica e Holanda possuem legislação que permite a eutanásia e o suicídio assistido. A Suíça legalizou a prática do suicídio assistido, porém, considera a eutanásia um ato ilegal. Em 1995, a Austrália aprovou a eutanásia, tendo a lei entrado em vigor em 1996 e, logo a seguir, proibida por decisão do parlamento daquele país. A maioria dos países europeus considera ilegal tanto a eutanásia como o suicídio assistido, porém, os debates seguem presentes na Alemanha e França. No Brasil, existem em tramitação na Câmara e Senado da República, alguns projetos de lei aguardando relatoria para serem apresentados para discussão em plenário.

Trata-se de tema extremamente controverso que envolve aspectos religiosos, identificação de limites para o exercício do livre arbítrio pessoal, o que nos obriga a cuidadosa reflexão, pois implica em questionamentos sobre valor da vida humana, significado do sofrimento, obrigações de relacionamento com familiares e virtudes pessoais.

Entre os inúmeros questionamentos acima citados sobre a prática do suicídio assistido, os mais mencionados são o direito da pessoa em decidir sobre o fim da própria vida e o significado do sofrimento humano.

Whiting³ diz que “sobre o encerramento da própria vida, a lei não tem o que dizer, uma vez que a decisão é da pessoa e está vinculada a determinantes pessoais e religiosos”. Em outras palavras, caberia ao indivíduo no exercício de sua autonomia pessoal tomar decisões segundo seu próprio plano de vida baseado em crenças e valores pessoais.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 2, p. 32 - 34, 2006

1 - Enfermeira neonatal, especialista em Bioética; mestranda em Bioética - Universidade Estadual de Londrina

2 - Professor de Clínica Médica e Bioética - Universidade Estadual de Londrina

3 - Professor Associado do Depto. de Medicina Legal, Ética Médica, Social e do Trabalho - Universidade de São Paulo

Recebido em 17/4/2006. Aceito para publicação em 16/5/2006.

Muitos países como EUA, Colômbia e Austrália aprovaram leis que permitem que o paciente expresse por escrito seus testamentos vitais, enunciando os critérios pessoais para seus próprios passamentos. A Constituição Brasileira⁴ garante ao cidadão *o direito à vida, mas não sobre a vida; ele tem plena autonomia para viver, mas não para extinguir a própria vida.* (Grifo dos autores)

Mishara⁵ observou que a dor e o sofrimento estão na base de inúmeros pedidos para antecipar a morte. Também foi registrada forte relação com a presença de síndrome depressiva. Pacientes vulnerabilizados por dor intensa ou depressão emocional, estariam dotados de plenas condições para o exercício racional de suas vontades autônomas? Segundo Munhoz *et al.*,⁶ desordens emocionais ou mentais podem comprometer a apreciação da racionalidade das decisões a serem tomadas.

De um lado o direito da pessoa sobre sua vida como protagonista de uma ética baseada no valor qualitativo da vida e de outro o valor moral e religioso da vida humana, ou seja, a sacralidade da vida onde o princípio fundamental é a inviolabilidade da mesma.

Pessini⁷ indaga: “Qual é o princípio mais adequado para defender a vida na sua integralidade?” O autor ainda expressa que, “quando se trata de pacientes com desejo de morte ou pacientes terminais, a morte física não deve ser considerada um *mal absoluto* e nem a vida física como um *bem absoluto*”. Para tanto, essas variáveis precisam ser bem consideradas, já que cada pessoa é dotada de valores morais próprios. Deve-se sim, preservar a qualidade de vida e fazer com que a responsabilidade por esta qualidade seja exercida racionalmente.

Estabelecer juízo de valores sobre sofrimento alheio é tarefa quase impossível e, seguramente, inadequada. O sofrimento pode ser encarado por uns como um imperativo de fé, uma co-participação na redenção de Jesus Cristo, para outros, entretanto, algo extremamente insuportável, sem justificativa. Como discernir se o sofrimento é apenas um fardo a ser eliminado ou uma oportunidade de crescimento espiritual? Como estabelecer critérios universais para o acolhimento de pedido de suicídio assistido? Quando considerar um pedido válido e outro inconseqüente?

Hennezel⁸ expõe o manifesto de 132 pessoas a favor da eutanásia na França, apresentando como motivos prioritários para a solicitação do procedimento o insuportável sofrimento e dificuldades percebidas no processo de envelhecimento ou a impossibilidade de controle sobre a própria vida. No caso francês, a questão parece ser como distinguir o verdadeiro sofrimento de medos iminentes.

Questionamento realizado por Galuppo⁹ torna presente a seguinte reflexão: “(...) não estaríamos nós, através da eutanásia, privando a pessoa de sua própria morte, entendida esta como uma experiência que integra, de forma necessária, a vida humana? Abreviar a vida, a pretexto de abreviar o sofrimento, não é impedir que a natureza humana se manifeste em nosso próximo, em toda sua amplitude? Mais que isto: a eutanásia e o suicídio assistido não seriam uma manifestação do individualismo egoísta moderno, que faz o paciente pensar apenas em sua dor?”

Segundo Kovacs,¹⁰ “a partir da mentalidade da morte vista como fracasso, e com o prolongamento da vida a todo custo, surgem vários movimentos que discutem a dignidade no processo de morrer. É no seio deste movimento que começou a germinar, como um dos seus focos, o suicídio

assistido”. Esta prática deve ser vista como um único recurso para cessar sofrimentos ou medos vividos? Se o modelo vigente de assistência à saúde fosse adequado e fossem oferecidos cuidados paliativos para os pacientes sem possibilidades de cura, talvez o processo de morrer pudesse ser cercado de dignidade e respeito, e não percebido como fracasso.

Siqueira,¹¹ em editorial da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba de dezembro de 2000, elenca número considerável de trabalhos publicados na literatura médica que mostram o eloqüente despreparo na formação acadêmica de profissionais médicos para atender adequadamente pacientes terminais.

A autonomia de se posicionar e decidir sobre estes problemas morais só é alcançada quando se tem consciência destes conflitos vivenciados na prática profissional. Segundo Cohen *et al.*¹² “a eticidade se fundamenta em três pré-requisitos: a percepção dos conflitos (consciência), a autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão) e a coerência”.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SUICÍDIO ASSISTIDO

A Enfermagem é uma profissão que apresenta proficuas ações na ética do cuidado. A maioria dos problemas que se apresentavam aos profissionais, no passado, parecia ser resolvida através de uma conduta alicerçada em virtudes básicas.

Atualmente, o enfermeiro, bem como todos os profissionais da área da saúde, está vivenciando situações de problemas éticos que exigem muito mais que competência técnica, exigem um apurado senso crítico e habilidades específicas para tomar decisões, considerando seus valores pessoais e os valores morais próprios dos pacientes. O enfermeiro é um dos primeiros profissionais a testemunhar os efeitos devastadores de diferentes enfermidades no plano do sofrimento pessoal e familiar do paciente. Por vezes, torna-se difícil posicionar-se entre o princípio da preservação da vida e o de colaborar para proporcionar ao paciente uma morte com dignidade.

Segundo Kovacs,¹⁰ “em vários hospitais, o fim da vida é pleno de sofrimento, com muitas dores e sem calor humano; pacientes, familiares e enfermeiros abandonados à própria sorte, não sabendo o que fazer, e os últimos tendo mesmo de realizar procedimentos com os quais não concordam”. Países onde o suicídio assistido é permitido, o enfermeiro tem o direito à objeção de consciência, não tendo, portanto, a obrigação de colaborar com a morte de um paciente se moralmente não concordar com esta prática. Ainda segundo a autora, “o que é mais complicado nos hospitais não é a morte em si, mas os dramas até a morte, a agonia. É aí que surge a tentação de aliviar o sofrimento, induzindo à morte”.

Em 1998, foi criado na Suíça a Clínica Dignitas, fundada por Ludwig Minelli para auxiliar pacientes com desejo de morte a concluírem o suicídio assistido em ambiente hospitalar. É uma instituição sem fins lucrativos onde trabalham, como voluntários, profissionais de várias áreas, inclusive enfermeiros. Depoimento anônimo colhido na Internet apresenta a seguinte apreciação da Clínica: “Mas é ali aonde uma enfermeira aposentada (que a imprensa já apelidou de ‘anjo da morte’) prepara um *cocktail* num copo, um líquido transparente, com ar inocente”.

O espectro atual de opiniões favoráveis e contrárias ao suicídio assistido é muito amplo. No Reino Unido, um terço dos enfermeiros acredita que deveria ser permitida a sua participação no auxílio ao suicídio assistido. Segundo a Declaração de Zurich de 1998, médicos e enfermeiros aprovaram o direito à morte solicitada pelos pacientes como prática a ser legalizada na Suíça. Por outro lado, apesar do estado do Oregon ter legalizado esta prática, a ANA (American Nurses Association) deixa claro no Código de Ética de Enfermagem norte-americano que o enfermeiro não deve participar da prática do suicídio assistido, por considerá-la procedimento que infringe as tradições da profissão. Em 2001, na Holanda, onde a prática é permitida, enfermeiros juntamente com suas instituições, a maioria católicas ou protestantes, se opuseram à legalização da eutanásia.

O Código de Ética de Enfermagem é um instrumento utilizado universalmente para regular a prática profissional do enfermeiro. Ele permite clareza na definição de responsabilidades e deveres, fortalece a prática profissional e auxilia nas questões éticas direcionando-o na tomada de decisões. O Código Internacional de Ética para os Enfermeiros, em seus princípios fundamentais, expressa que o enfermeiro possui as seguintes responsabilidades: proteção e promoção da saúde, prevenção de doenças e alívio da dor. A profissão existe para respeitar a vida. Dentro de suas leis e de seu desenvolvimento histórico, cada país possui o seu próprio Código de Ética de Enfermagem, que, de maneira similar, defende princípios fundamentais de respeito à dignidade humana. Apesar do grande debate sobre eutanásia e suicídio assistido, os códigos são unânimes em não liberar a atuação do enfermeiro nestas práticas.

A bioética, segundo Segre *et al.*,¹² “parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana”, não poderia deixar de dar a sua contribuição com reflexões para orientar a atuação profissional.

Atualmente, muitos estudos estão integrando a Ética dos Princípios aos Códigos de Enfermagem. Assim, a *autonomia* do paciente deve ser preservada sempre que possível, mas não se reveste de caráter absoluto, pois situações clínicas existirão em que o enfermo não disporá de condições físicas e/ou psicológicas para exercê-la em plenitude.

O Código Brasileiro de Ética de Enfermagem (cap. V) prescreve que a profissão seja exercida com *justiça*, sem discriminação de qualquer natureza, em outras palavras, os cuidados destinados aos pacientes terminais devem ser oferecidos a todos indistintamente e devem priorizar os cuidados paliativos. Um dos deveres do enfermeiro é o de promover o cuidado para o bem-estar do paciente. Porém, é preciso que ele tenha a consciência de estar fazendo o bem quando este for entendido também como “bom” para o paciente e sua família. Por fim, o enfermeiro deve empenhar-se sempre em proteger o paciente contra possíveis danos, ou seja, considerar sempre o princípio da *não-maleficência*.

Uma última reflexão que se faz necessária: o enfermeiro deve cuidar da doença da pessoa ou da pessoa doente? Se a atenção estiver voltada exclusivamente para a doença, parecerá plausível ao se tentar extingui-la aliviar o paciente de sofrimento insuportável. Certamente, este é o motivo que anima muitos profissionais a trabalharem em clínicas de suicídio assistido. A morte nesta circunstância poderá parecer como prêmio tanto para o paciente quanto para o profissional diante de situação tão aflitiva. Caso, entretanto, a pessoa integral, e não especificamente a enfermidade, seja o

foco de atenção do profissional, deve-se priorizar o cuidado que busque alívio e conforto do sofrimento.

Hennezel⁸ considera que “90% dos pedidos de eutanásia desapareceriam se os doentes se sentissem menos sós e com menos dor”. Nesta circunstância, compreendendo que a maioria dos pacientes não deseja verdadeiramente a morte, mas sim o alívio e conforto dos sofrimentos, deve o enfermeiro adestrar-se nos cuidados paliativos, especialidade esta em franco crescimento em todo mundo.

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstâncias de vida. Os problemas éticos que estão sendo vivenciados por alguns dos profissionais fazem afluir grandes conflitos com seus valores pessoais, o que, muitas vezes, podem frustrá-los em seus exercícios profissionais.

Através da análise das circunstâncias que envolvem cada caso clínico e considerando sensatamente o Código de Ética Profissional, o enfermeiro terá melhores subsídios para suas tomadas de decisões profissionais. Entendemos, outrossim, que o aperfeiçoamento no estudo da temática apresentada pela bioética constitui-se em instrumento fundamental para o alcance desta nova dimensão do exercício profissional, afinal, como já afirmara Helleger nos anos 1970, nossos problemas nos cuidados ao ser humano enfermo serão cada vez mais éticos e menos técnicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldim JR. Suicídio assistido [citado 29 set 2005]. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/suicass.htm>>.
2. 7th Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act; 2005 Mar 2005; Oregon. Portland: Department of Human Service; 2005.
3. Whiting R. Natural law and the right to die. *Omega J Death Dying*. 1996; 32(1):1-26.
4. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Princípios fundamentais: dignidade da pessoa humana, artigo 1º, capítulo III. São Paulo: Fisco e Contribuinte; 1988.
5. Mishara BL. Synthesis of research and evidence on factor affecting the desire of terminally ill or seriously chronically ill persons to hasten death. *Omega J Death Dying*. 1999; 39(1):1-70.
6. Munhoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
7. Pessini L. Eutanásia e as religiões. *Bioética*. 1999; 7(1):83-99.
8. Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.
9. Galuppo MC. Morrer humano: considerações pró e contra o suicídio assistido e a eutanásia e a favor de sua desjurisdicização [citado 30 out 2005]. Disponível em: <http://marcelogaluppo.sites.uol.com.br/morrer_humano.htm>.
10. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e morte. *Psicol USP*. 2003; 14(2):115-67.
11. Siqueira JE. A ética e os pacientes terminais. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2000; 2(2):III-IV.
12. Segre M, Cohen C. *Bioética*. São Paulo: Edusp; 1995.