

Morte assistida em doenças não terminais

Assisted dying in non-terminal diseases

DOI:10.34117/bjdv8n7-276

Recebimento dos originais: 23/05/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

Bruno Leonardo Almeida Viana

Mestrando em Biotecnologia e Atenção Básica de Saúde

Instituição: Centro Universitário UNIFACID – Wyden

Endereço: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354, Horto, Teresina - PI, CEP: 64052-410

E-mail: brunoleoviana@gmail.com

Fernando Antônio Madeira Marinho

Mestrando em Biotecnologia e Atenção Básica de Saúde

Instituição: Centro Universitário UNIFACID – Wyden

Endereço: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354, Horto, Teresina - PI, CEP: 64052-410

E-mail: fernandomadeiramed@gmail.com

Gustavo Cardoso da Silva Neves

Doutor em Biotecnologia em Saúde pela RENORBIO

Instituição: Centro Universitário UNIFACID – Wyden

Endereço: Rua Veterinário Bugyja Brito, Nº 1354, Horto Florestal, Teresina – PI

E-mail: gustavo.neves@unifacid.edu.br

RESUMO

Pensar na morte ainda hoje causa desconforto em quase todos os indivíduos, o prolongamento da vida tem sido a busca incessante de muitos pesquisadores ao longo dos séculos. Contudo, há algumas pessoas que não pensam como a maioria e recorrem a eutanásia, ou seja, a morte assistida, que a priori deverá ocorrer apenas em casos de doenças terminais, entretanto o que hodiernamente está ocorrendo são pessoas que possuem doenças impactantes fisicamente como mentalmente que correm em busca desse direito. Desta forma o presente artigo tem como objetivo analisar a morte assistida em doenças não terminais. A metodologia utilizada é a revisão teórica do tipo integrativa. A temática da morte assistida em pacientes com doenças não terminais por longos anos será discutida pela complexidade da mesma. E como resultado tem-se que a qualidade vida está sendo colocada acima da própria vida, fato este que cada ano aumenta o caso de pessoas que buscam a morte assistida com doenças não terminais.

Palavras-chave: doenças não terminais, eutanásia, morte assistida.

ABSTRACT

Thinking about death even today causes discomfort in almost all individuals, the prolongation of life has been the incessant search of many researchers over the centuries. However, there are some people who do not think like the majority and resort to euthanasia, that is, assisted death, which a priori should occur only in cases of terminal illness, however, what is occurring nowadays are people who have physically and mentally impacting diseases that run in search of this right. This article aims to analyze

assisted death in non-terminal diseases. The methodology used is an integrative theoretical review. The theme of assisted death in patients with long-term non-terminal diseases will be discussed due to its complexity. The result is that the quality of life is being placed above life itself, a fact that each year increases the number of people who seek assisted death with non-terminal diseases.

Keywords: non-terminal diseases, euthanasia, assisted death.

1 INTRODUÇÃO

O ser humano desde os seus primórdios busca pela “imortalidade da vida”, a morte é um mistério, pensar nela já causa sofrimento para muitos, por isso, viver por muitos anos é o desejo de quase todos. É perceptível essa busca pela durabilidade da vida em desenhos, filmes, pesquisas científicas e dentre outros. Contudo, sabe-se que a morte é uma das poucas certezas da vida, e enquanto muito a teme, outros “procuram” por ela, é o caso dos suicidas e para quem busca a eutanásia, tendo um doença terminal ou não (KOVÁCS, 2003).

Dessa forma, a eutanásia é o ato de provocar, ou seja, abreviar a morte de um indivíduo antes do tempo natural, é considerado até uma ação misericordiosa, já que, habitualmente, quem a faz são pessoas que possuem doenças em estados terminais e devido ao “futuro certo” e as dores que na maioria das vezes o acompanham, fazem essa escolha. Entretanto, existe casos em que pessoas que não possuem doenças terminais, porém, são portadoras de algumas doenças ou transtornos psiquiátricos e físicos que as impedem de desenvolver atividades comuns do cotidiano (BATISTA *et al.*, 2009).

Ainda há grandes divergências entre médicos e especialistas sobre a eutanásia, ela é proibida em diversos países, porém permitida em outras, como por exemplo, na Holanda, onde são feitas quase 7.000 mil mortes assistidas por ano. Destas cerca de 2% são de pessoas que possuíam algum transtorno psiquiátrico. A priori para eles o sofrimento é tão grande que preferem abreviar sua vida por não suportarem tomar remédios ao longo de toda a sua existência, isso sem deixar de frisar os sintomas físicos. Entretanto, mesmo no país onde a eutanásia é legalizada, há um grande debate sobre ela ser praticada em pacientes psiquiátricos.

A posteriori, alguns defendem que ela não poderia ser praticada nesses casos, visto que ao longo dos anos, apesar do indivíduo que possuem algum transtorno mental ou de personalidade depois dos 40 anos de idade os sintomas de seu problemas se tornam mais leve, com isso ele conseguirá ter uma vida muito mais confortável e duradoura. Além

disso, questionam se esse desejo de morrer não seria apenas um sintoma da doença (BBC NEWS, 2018).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar a morte assistida em doenças não terminais. A estrutura do presente artigo é apresentada da seguinte forma, além desta introdução, conta com referencial teórico, metodologia, análise de resultados, conclusão e as referências bibliográficas que embasam o trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EUTANÁSIA

A vida de todo ser humano é formada por dois tipos de elementos, o primeiro são os materiais, que constituem o físico e o psíquico e os segundo são os imateriais, constitui o metafísico. Todos esses elementos formam o direito natural a vida, desde defendê-la, e lutar pela sua continuação, ela não pode ser interrompida por nenhum agente externo, apenas pelos internos. Já, outros aduzem que estar vivo, não significa viver, visto que este último é o que se constitui o ser humano e o primeiro dirige-se apenas ao elemento biológico (MABTUM; MARCHETTO, 2015)

“Matar” e “deixar morrer” são diferentes questões, tanto clinicamente, como juridicamente, a eutanásia é subdividida em duas formas, a ativa e a passiva. A priori, é o ato de provocar a morte de um indivíduo, no caso o paciente, sem provocar dor e sofrimento, este processo é feito de diversas formas e a mais comum é a injeção letal. A posteriori, a forma passiva é aquela em que se omitiu ajuda para prolongar a sobrevivência do paciente, bem como o seu conforto no tempo em que lhe restava. Frisa-se que, existe diferença entre a ortotanásia e a eutanásia passiva, em que a primeira se refere à “morte no tempo certo” (CASTRO *et al.*, 2016).

Outro conceito Batista *et al.*, (2009) aduzem que, primordialmente, ela era entendida simplesmente como tirar a vida do ser humano. Entretanto reavaliando-a ao longo dos anos, percebeu-se que o significado mais plausível seria a morte sem dor, ou seja, o indivíduo em estado terminal não sofreria dores desnecessárias. Hodiernamente, se pratica a eutanásia como uma forma de reduzir o tempo de vida de pacientes que sofrem com doenças terminais que causam dores extremas, sendo assim é um meio de aliviá-las ou mesmo evitar os desconfortos causados pelas doenças.

A eutanásia não é uma prática permitida em todos os lugares, no Brasil, por exemplo é um ato ilegal. Já nos países europeus como Holanda, Bélgica, Suíça, Espanha e Luxemburgo são permitidos, na América do Norte ocorre no Canadá e nos Estados

Unidos nos estados da Califórnia, Montana, Oregon, Vermont e Washington. Por último, a Colômbia é o único país da América Latina em que essa prática é legalizada (BIONDO; SILVA; SECCO, 2009).

Atualmente, sobre a morte assistida, ainda tem-se duas terminologias, além da citada anteriormente, que é a distanásia e a ortotanásia. A distanásia, termo pouco popular entre a sociedade, porém, bastante praticada pelos profissionais de saúde, é quando estes usam todos os recursos possíveis para prolongar a vida biológica, entretanto ela é penosa e sofrida, já que neste ato não está sendo levado em conta a qualidade de vida do paciente, mas sim uma obstinação em “enganar a morte” o que não está sendo feita com dignidade ao indivíduo acamado. Já a ortotanásia é totalmente diversa a distanásia, pois nela a qualidade de vida e a dignidade do doente terminal são colocados como fatores principais. Etimologicamente, orto significa certo e thanos equivale à morte, portanto seu conceito de maneira simples, pode ser entendida como a morte de maneira correta, melhor dizendo, não há o prolongamento da vida biológica de forma artificial, tal como a ventilação artificial e dentre outros, processos esses que além de gerar sofrimentos, altera o processo natural da morte (FELIX *et al.*, 2013).

Destarte, diante do exposto, faz-se necessário pontuar as discrepâncias entre o direito à deliberação da morte e o privilégio à morte digna. A capacidade para decidir sobre a morte, é relacionada à eutanásia, que é o amparo ao suicídio, por meio de técnicas que ocasionam a morte. E no tocante ao direito de um indivíduo ter uma morte digna está interligado a uma morte o mais natural possível, de forma humanizada, para isso não são usados formas artificiais de prolongamento da vida, contudo ao mesmo tempo não são prolongado o sofrimento (JUNGES, 2010).

Portanto, diante de tudo que foi exposto é compreensível que nos dias atuais a qualidade de vida está sendo colocada como um bem superior à própria vida, pois quando opta-se pela eutanásia, não está sendo levada em consideração a “sacralidade da vida”, mas sim na qualidade em que não se está tendo diante de algum problema de alguma doença.

2.2 PACIENTES TERMINAIS E NÃO-TERMINAIS

Sendo assim, Gutierrez (2001), define que existem diversos conceitos sobre o que é um paciente terminal, já que há diversas discussões entre os profissionais sobre o que realmente de fato caracteriza um paciente com doença terminal. Doenças terminais são aquelas em que não há cura e pode ser conhecida também como doenças em estágios

terminais, a legislação brasileira, na lei nº 11.052/04 em seu artigo 1º, determina que as doenças consideradas graves e terminais são a alienação mental, neoplasia maligna, hanseníase, cardiopatia grave, nefropatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, estágios avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, fibrose crística (mucoviscidose), Aids, hepatopatia grave alguns estágios de câncer, entre outros. Apesar dessas divergências, elas não podem em hipótese alguma comprometer o amparo que tanto os paciente, como os profissionais de saúde envolvido e os familiares possam ter para reconhecer essa condição.

Outro fator que dificulta o diagnóstico de uma doença terminal, segundo os autores Quintana *et al.* (2006) é o fato deste ser um diagnóstico definitivo, que com a evolução da doença pode ser dado como verdadeiro ou não. Assim, se esse não se confirmar como terminal, está colocando em dúvidas e falhas na realização do prognóstico feito pelo médico. Ressalta-se que a decisão se é ou não uma doença em estágio terminal, não é dada apenas por um profissional, mas sim, por uma equipe de saúde, levando em consideração a posição da família. Por outro lado, se o médico decidir optar pela posição em admitir que não há nada mais que se possa fazer por aquele paciente, isso pode lhe acarretar uma imagem negativa, alguns podem ver isso como se ele não se preocupasse com o paciente.

Porém, a temática foca-se em morte assistida de pacientes não terminais, onde há escassas pesquisas sobre a temática, que foram mais encontradas em notícias de sites como G1 da Globo (2021) em que mostra o caso de uma paciente de 51 anos que residia na Colômbia (único país em que a eutanásia é legalizada na América Latina) e possuía Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), ela foi a primeira pessoa sem estado terminal a ter a eutanásia autorizada no país. Em julho de 2021, a Corte Constitucional da Colômbia estendeu o acesso à eutanásia para pessoas que não estejam em estado terminal, porém que padece com sofrimento intenso tanto psíquico ou físico, que provenha de lesão corporal ou doença grave e sem cura.

A situação desta paciente com ELA¹ é sobreviver com intensas dores, além de ter perdido o movimento das pernas, assim atrapalhando a sua vida cotidiana. A eutanásia foi permitida no primeiro pedido e realizado no dia 10 de outubro de 2021, às 7h da manhã. Para a paciente a morte será um alívio e um descanso.

¹ Esclerose Lateral Amiotrófica

Outro caso, em que também houve a morte assistida em pacientes com doenças não terminais foi publicada na BBC News (2018), a paciente tinha 29 anos e sofria de doença psiquiátrica, segundo a mesma sofria de maneira insuportável e sem esperança. A eutanásia ocorreu no dia 26 de janeiro de 2018 as 2h da tarde. Esse caso gerou diversas discussões entre os médicos, já que na Holanda é permitido ela ocorrer em situações em que o médico estiver convicto de que o sofrimento em que se encontra o paciente é sem perspectiva de melhora, insuportável e caso não haja uma alternativa razoável na situação vivida. O que é bem prática de ser tomada em pacientes com câncer em estado terminal (PRESSLY, 2018).

Na Holanda até 2017 já haviam ocorridos 83 casos de morte assistida com pacientes não terminais, contudo que sofriam com de doenças psiquiátricas. Alguns defendem que no caso desta mulher ela não era necessariamente uma doenças incurável e que o seu desejo de morrer pode ter sido um sintoma de sua doenças. Outros defendem que como ela sofria desde os 12 anos com transtornos de personalidade, ao longo dos anos a mesma tentou de tudo para ter uma qualidade de vida e que por esse motivo ela não quis ir até o fim, diante de tanto sofrimento (PRESSLY, 2018).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa teórica do tipo integrativa. Sendo que, a pesquisa teórica, tornou-se a base de todas as pesquisas, portanto todos tipos de estudo são respaldados nela, são fundamentados de vários métodos, desde a leitura, um mapa mental, resumo, fichamento e entre outros (LAMEIRA; COSTA; RODRIGUES, 2017).

O método utilizado foi o de revisão integrativa, que consiste em sintetizar os resultados que são obtidos em pesquisas de terminado tema, são apresentadas de maneira organizada, ordenada e abrangente. Integrativa, porque ela irá fornecer informações amplas sobre as mortes assistidas em doenças não terminais (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Segundo Minayo (2017), a pesquisa qualitativa, trabalha com uma amplitude de dimensões socioculturais, que transmite uma integração de saber, que representa vários campos de observações, que podem ser expressas por simbologias, valores e costumes, não se importando com quantidade e sim intensidade de saberes.

As referências bibliográficas que nortearam esse trabalho, foram encontrados nas seguintes bases indexadas (*Scientific Eletronic Library Online*); LILACS (Literatura

Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via BIREME); *U. S. National Library of Medicine* (PUBMED via NCBI); Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), Portal de Periódicos CAPES/MEC.

Os descritores tiveram como objetivo a coleta de informações com responsabilidade, coerência e fundamentado em fontes seguras, sendo assim utilizou-se os seguinte descritores: “Doenças não terminais”, “Eutanásia”, “Morte assistida”. Serviram para a fonte de pesquisa, respeitando todas as normas, e não fugindo do contexto a qual esse trabalho estar inserido.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Morrer é um mistério, nenhuma teoria filosófica ou mesmo religiosa poderá de fato revelar o que há por trás dela, enquanto muitos a teme, outros poucos a procuram. Então, fica os seguintes questionamentos, o que realmente é viver ou sobreviver, o que determina este fato? Pessoas com problemas de personalidade realmente não podem decidir sobre viver ou não? O direito à vida é contrário o direito à morte no caso em que não se está vivendo e nem sobrevivendo?

Assim, não se pode deixar de frisar que escolher abreviar a vida não é uma decisão fácil, se fosse a eutanásia seria legalizada em todo o mundo, porém, ela é pesada, tanto para o paciente como para quem a autoriza. Para o indivíduo que sofre com intensas dores ou não se encontra no próprio corpo sem dúvidas levou anos lutando para sobreviver e ter uma qualidade de vida, até chegar a decisão pela morte assistida, em muitos países em que não há a legalização nem sobre as doenças terminais, elas são feitas pela forma do suicídio.

Não é fácil para quem autoriza, porque ele deverá avaliar bem e em equipe se deve aquela é a melhor decisão, no caso de pacientes psiquiátricos se não é uma decisão tomada foi motivada pelos sintomas da doenças e se não deveria insistir na terapia e nos medicamentos. Já em casos de pessoas em que vivem com constantes dores físicas e são limitadas em fazer atividades do cotidiano se não são motivadas pela tristeza e se esgotaram-se todos os tratamentos que poderiam aliviar a dor do mesmo. Ou seja, ainda haverá diversas discussões sobre a temática em questão nos anos vindouros.

5 CONCLUSÃO

Assim, compreende-se que o processo de morte assistida em doentes não terminais ainda é envolto de muitas discussões, principalmente em casos de pacientes com doenças psiquiátricas, já que a decisão deles deve ser bem pensada e é de muita responsabilidade, já que pode ser apenas um dos sintomas de sua doença.

O presente trabalho foi um desafio para os estes autores, pois na literatura, tanto médica, como psiquiátrica e psicológica são escassas a temática de morte assistida em pacientes não terminais, visto que a vida é o bem maior e direito de todos, e mesmo nas notícias dos sites renomados como o G1 da Globo (brasileiro) e da BBC News (internacional) há uma dicotomia em que uns defendem o direito do indivíduo em abreviar a sua vida para que esse tenha “qualidade de vida” e outros defendem que não é correto tirar a própria vida por problemas psiquiátricos por exemplos, em que não é um caso de doença terminal.

Portanto, conclui-se que a qualidade de vida está sendo colocada como um bem superior a própria vida, com isso é quase factível que ao longo dos anos o número de mortes assistidas por pacientes que não possuem doenças terminais irá aumentar.

REFERÊNCIAS

BATISTA KT *et al.* Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. **Méd.** Brasília. 2009; v. 46, n.1, 54-62 p. 2009.

PRESSLY, L. Eutanásia: a jovem com problemas psiquiátricos que conseguiu ajuda dos médicos para morrer. **BBC.** 13, ago. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-45144669>.

BIONDO, C.A.; SILVA, M.J.P.; SECCO, L.M.D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Rev Lat Am Enfermagem.** 2009; v. 17, n. 5, p. 613-619. 2009.

BRASIL. Código de Ética Médica. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.** Capítulo v, Art. 69 1988.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética.** v. 24, n. 2 , pp. 355-367. 2016Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>.

FÉLIX, *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2013, v. 18, n. 9, pp. 2733-2746. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>. Acesso em: 15 nov. 2021.

G1-GLOBO. Entenda por que a Colômbia autorizou uma mulher que não tem doença terminal a ter eutanásia neste domingo. 10, set. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/10/09/entenda-por-que-a-colombia-autorizou-uma-mulher-que-nao-tem-doenca-terminal-a-ter-eutanasia.ghtml>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GUTIRREZ, P. L. O que é o Paciente Terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 47, n. 2. a. 01. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 06 nov. 2021.

JUNGES, J.R. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Rev Bioet.** v.18, n.2, p. 275-288. 2010.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP.** v. 14, n. 2, pp. 115-167. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LAMEIRA, Valéria Maia; DA SILVA COSTA, Márcio Clayton; RODRIGUES, Simone de Miranda. Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. **Rev. Subj.** Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 68-78, jan. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2021.

MABTUM, M.M.; MARCHETTO, P.B. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, pp. 53-72. 2015.

QUINTANA, A. M *et al.* Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**. Ribeirão Preto. v.16, n.35 ano 06. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 nov. 2021.