

Desafios éticos dos profissionais de saúde perante pedidos de morte assistida em cuidados paliativos

Ethical challenges of healthcare professionals towards physician-assisted death requests in palliative care

Ana Pacheco^{1,2}, Amanda Borges¹, Bruna Burmeister^{1,3}, Larissa Benittes¹, Sílvia Sereno^{1,4}

¹ Universidade Católica Portuguesa, Portugal

² ACES Almada-Seixal, Portugal

³ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Observatório Português dos Cuidados Paliativos, Portugal

⁴ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Portugal

Palavras-chave

Cuidados paliativos;
morte assistida; suicídio
medicamente assistido;
eutanásia; bioética.

Resumo

Introdução: A discussão de questões relacionadas com a eutanásia e o suicídio medicamente assistido por parte de profissionais que trabalham em cuidados paliativos, muitas vezes, gera desconforto pela sensibilidade do tema.

Objetivo: Promover uma reflexão ética acerca do pedido expresso de morte assistida em contexto de cuidados paliativos.

Materiais e Métodos: Com base num caso clínico, nos princípios éticos e na literatura acerca da eutanásia e do suicídio medicamente assistido, pretende-se uma reflexão sobre o tema e a sua complexidade.

Discussão: Colocar estes princípios éticos basilares em causa pode conduzir a situações cujo controlo é difícil. Ressalvam-se de imediato questões como: será a escolha da eutanásia verdadeiramente livre e autónoma se o indivíduo estiver em sofrimento? Será honesto oferecer a legalização desta em contextos em que o acesso a alternativas viáveis e de qualidade para o alívio do sofrimento, como os cuidados paliativos, não estão acessíveis a toda a população? Não será o próprio sofrimento uma condicionante de uma escolha livre?

Conclusão: O problema ético da legalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido não tem respostas certas ou erradas, e por ter por base valores tão absolutos como a dignidade e respeito pela vida humana, merece uma discussão e reflexão ponderadas.

Keywords

Palliative care;
physician-assisted death;
physician-assisted suicide;
euthanasia; bioethics.

Abstract

Introduction: Discussions related to euthanasia and physician-assisted suicide by professionals working in palliative care often bring discomfort due to its sensitivity.

Aim: Promote an ethical reflection on assisted death requests in a palliative care context.

Materials and Methods: Based on a clinical case, ethical principles and the literature regarding euthanasia and medically-assisted suicide, a reflection on the theme and its complexity is intended.

Discussion: To question basic ethical principles can lead to situations which are difficult to control. Some questions immediately stand out: is euthanasia a truly free and autonomous decision, if the individual is suffering?

Is it honest to offer its legalization in a context where access to viable and quality alternatives to relieve suffering, such as palliative care, are not available for everyone? Isn't suffering itself a hindrance to free choice?

Conclusion: The ethical problem of legalizing euthanasia and physician-assisted suicide does not have right or wrong answers, and as it is based on values as absolute as dignity and respect for human life, it deserves a thoughtful reflection and discussion.

Introdução

Os cuidados paliativos (CP) promovem a dignidade e a qualidade de vida dos doentes e familiares durante a trajetória de uma doença ameaçadora da vida. A resposta dos profissionais que trabalham em CP às perguntas sobre eutanásia (EUT) e suicídio medicamente assistido (SMA) varia amplamente. Muitas vezes, a discussão destas questões com doentes, suas famílias ou com outros profissionais de saúde, gera sensação de desconforto, pela sensibilidade do tema.¹

Existem várias definições para EUT. Segundo Serrão, EUT designa a morte de uma pessoa, a seu pedido, por outra pessoa que acolhe o pedido e pratica um ato intencional destinado a produzir a morte.² Já o SMA ocorre quando um médico intencionalmente auxilia uma pessoa a cometer suicídio, prescrevendo fármacos para autoadministração.³ Segundo Bélanger et al., a inclusão da eutanásia como opção de cuidado em fim de vida contradiz a filosofia dos CP de não antecipar ou adiar a morte de um indivíduo.⁴

O conceito de bioética compreende obrigações éticas do ser humano, refletindo sobre a vida e a morte a partir de debates acerca de prolongamento da vida, obstinação terapêutica, distanásia, morte digna, EUT e SMA. Estes debates apoiam-se também em discussões teológicas e filosóficas.¹

Nas últimas décadas, o crescente interesse por questões morais no âmbito da ética médica tem gerado discussões em busca de respostas quanto à clarificação da conduta dos profissionais de saúde em situações de difícil decisão.⁵ Na área da saúde, a bioética desenvolveu o seu foco principalmente sobre a prática médica, mas a necessidade de multidisciplinaridade estende o debate a outras áreas, como o direito.⁶

Com base nos conceitos acima mencionados e tendo como referência os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, este artigo pretende discutir e refletir sobre um caso clínico que espelha questões complexas.

Caso Clínico

VM, género masculino, 45 anos de idade, diagnosticado com carcinoma de pequenas células do pulmão com metastização cerebral, sem indicação para tratamento onco-dirigido. Divorciado, pai de duas filhas, de 11 e 9 anos. À data, não possuía vínculo laboral formalizado. No internamento no

Serviço de Oncologia, não tinha acompanhante nem qualquer referência familiar, à exceção de um irmão, AW (56 anos), que não residia na proximidade do hospital. O irmão informou que pretendia visitá-lo sempre que possível, em virtude da distância.

Durante as primeiras intervenções neste contexto, VM apresentava-se extremamente debilitado, humor deprimido, choro reativo às circunstâncias. No entanto, rejeitava a intervenção e o auxílio da equipa multidisciplinar, recusando, muitas vezes, as visitas médicas. Solicitou sedação, alegando dor intensa. Tinha conhecimento de que a sedação era possível, pois acompanhou um familiar num contexto de doença semelhante ao seu.

O envolvimento multidisciplinar foi imprescindível na maior parte do tempo, atendendo à dificuldade de comunicação com o doente. Após duas semanas de internamento, VM aceitou a intervenção do Serviço Social e da Psicologia. Foi possível arranjar um alojamento para que o irmão permanecesse perto do hospital durante o internamento, bem como contactar um outro familiar que o veio visitar, procurando construir uma rede de apoio emocional.

Nessas intervenções, VM informou que, até ao diagnóstico, residia sozinho em Itália, desde o divórcio. Apenas a ex-mulher tinha conhecimento do diagnóstico, tendo deixado explícito que não o poderia auxiliar naquela fase. Neste contexto, face ao agravamento dos sintomas, decidiu regressar ao seu país de origem (Portugal), sem se despedir das filhas, por acreditar que não traria benefício. Quando questionado acerca da relação com ambas, informou que esta fora sempre distante. Ao longo do internamento, objetivou-se arrependimento e remorso relativamente a esta situação, e foi incentivado a escrever-lhes cartas, como forma de se despedir e mitigar o seu sofrimento existencial.

VM não acreditava em nenhum método para alívio da dor e do sofrimento que estava a viver, por saber que a doença era incurável e desejar morrer o quanto antes. Sempre acreditou que morreria jovem e dizia sentir-se pronto para “o fim” (sic). VM partilhou, com pesar, um pouco da revisão da sua história de vida, nomeadamente que há 10 anos trabalhava como cientista num laboratório, no qual eram desenvolvidas pesquisas para tratamentos oncológicos, e que apenas deixou de aí trabalhar em virtude da doença.

Na quarta semana de internamento, VM solicitou EUT durante a visita médica, afirmando que estava consciente do pedido e que esta seria a única forma de aliviar a sua dor. Por não ser um

procedimento legalmente permitido em Portugal, a equipa médica explicou os motivos pelos quais não seria concretizável.

Faleceu na sexta semana de internamento, no Serviço de Oncologia, com razoável controlo sintomático, nunca tendo sido avaliado e acompanhado por uma equipa de CP que pudesse atempadamente estruturar uma intervenção holística e multidimensional, que garantisse a optimização do controlo sintomático e abordasse a dor total – o seu sofrimento existencial.

Discussão

Pensar eticamente sobre EUT e SMA implica elencar os argumentos a favor e contra, num exercício lógico, tendo por base os princípios fundamentais da ética – autonomia, justiça, beneficência e não maleficência –, que enquadram o debate sobre a convivência ou exclusão mútua entre CP e EUT/SMA. A EUT e os CP são considerados, por alguns, como incompatíveis, por se regerem por diferentes valores morais.⁷

O debate em torno da EUT e do SMA começa precisamente pelo conflito entre a prática destes procedimentos e a própria definição de ato médico, que nasce do dever de respeito absoluto pela vida humana, consagrado no Juramento de Hipócrates: “Guardarei respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça, e não farei uso dos meus conhecimentos Médicos contra as leis da Humanidade”.⁸ Este pressuposto é a base do código deontológico médico, proibindo a execução de qualquer procedimento que termine a vida intencionalmente: “O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida. [...] Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.”⁹ Tais atos tornam-se incompatíveis com o papel do médico (e, por associação, qualquer profissional de saúde) enquanto agente de prestação de cuidados curativos ou paliativos. Igualmente controverso é o facto de, em algumas universidades em locais onde a EUT e o SMA estão legalizados, já não se proceder ao Juramento de Hipócrates em momento solene.¹⁰

Os princípios da beneficência e da não maleficência, que implicam que o médico aja no melhor interesse do doente e que tenha a obrigação de não lhe infligir mal, podem entrar em conflito um com o outro.¹¹ Alguns consideram que a morte assistida é um modo de proporcionar conforto ao doente em contexto de fim de vida.^{7,11} Outros consideram-na não

ética e defendem que o que deve ser proporcionado ao doente é permanecer com ele até ao fim, prestar apoio emocional, cuidados de conforto, adequado controlo da dor total, respeito pela sua autonomia e boa comunicação.¹¹

Os oponentes da EUT rejeitam o argumento da não maleficência e defendem que desta forma não é permitida uma morte natural, sendo esta infligida ao doente e, logo, não ética. Quem é favorável à EUT defende que os meios (morte infligida) justificam os fins (alívio do sofrimento). No entanto, parece existir um consenso de que o doente terminal em sofrimento não deve ver a sua vida artificialmente prolongada, podendo recusar procedimentos nesse contexto. Ambas as fações do debate coincidem na imperiosidade de aliviar o sofrimento, mas diferem quanto aos meios aceitáveis neste processo.¹⁰

Quanto ao princípio da justiça, os oponentes da morte assistida demonstram preocupação em termos das condições de vida dos doentes que podem condicionar tal pedido (contextos socioeconómicos desfavorecidos, com dificuldade em aceder a cuidados de saúde adequados em fim de vida e a seguro de saúde, dificuldade em aceder a educação, entre outros).¹¹ Por outro lado, os apoiantes da EUT preocupam-se com que as mesmas populações vulneráveis possam não ter os meios para aceder aos procedimentos de morte assistida.^{11,12}

A favor da EUT, mais uma vez controverso, alguns advogam que excluí-la dos CP poderá levar ao desinvestimento nos mesmos em países onde é permitida EUT com cuidados de fim de vida subótimos, morte assistida clandestina e sedação paliativa problemática até à morte.⁷

Por sua vez, a autonomia é o princípio ético mais invocado pelos defensores da morte assistida. É fundamental na obtenção de consentimento informado, na tomada de decisão partilhada e é a antítese do paternalismo.¹² Quem se manifesta contra é geralmente mais cauteloso nesta argumentação.¹¹

Segundo o princípio da autonomia relacional, o indivíduo autónomo decide, compreendendo as opções disponíveis, e segundo as suas preferências e valores, que se baseiam no contexto que o rodeia (família, comunidade, género, raça, religião e outros elementos de identidade interligados).¹¹

É defendido que aceder a procedimentos que levem à morte do doente a seu pedido demonstra mais respeito pela autonomia e empatia pela pessoa, agindo no melhor interesse desta.⁷ No entanto, excede o direito do doente de decidir recusar um tratamento, pois requer a participação de um pro-

fissional de saúde, levantando preocupações relativamente às repercussões nesse mesmo profissional em termos de liberdade, equidade, privacidade e direito à objeção de consciência.¹¹

Colocar estes princípios éticos basilares em causa pode conduzir a situações cujo controlo é difícil e pode despoletar a temida “*slippery slope*”, conforme situações conhecidas dos Países Baixos.^{10,13,14} No entanto, argumentos a favor da EUT defendem que os médicos deviam aceitar executar, ou orientar para quem o execute (à semelhança do Canadá)¹⁵, doentes que desejem a antecipação da morte por este meio, alegando o respeito pela autonomia do indivíduo. Desta autonomia, ressaltam-se de imediato questões como: será a escolha de EUT verdadeiramente livre e autónoma, se o indivíduo estiver em sofrimento? Será honesto oferecer a legalização da EUT em contextos em que o acesso a alternativas viáveis e de qualidade para o alívio do sofrimento, como CP, não estão acessíveis a toda a população? Não será o próprio sofrimento uma condicionante de uma escolha livre? Não há respostas fáceis, mas preocupações e reservas suficientes para que a discussão ética e de eventuais quadros legais seja cuidada.

No mesmo sentido, a International Association for Hospice & Palliative Care declarou que nenhum país ou estado deve considerar a legalização de EUT/SMA até que se garanta o acesso universal aos serviços de CP e medicamentos apropriados, incluindo opioides para dor e dispneia.¹⁰ Assim, os profissionais de saúde que recebam de um doente uma solicitação de EUT/SMA deverão ter a obrigação moral de explorar as causas subjacentes a tal pedido e todas as opções viáveis para as solucionar ou mitigar o sofrimento a elas associado, consolidando a aliança terapêutica com o doente.¹²

Em última instância, um doente que tenha tido acesso a CP e que tenha o controlo de sintomas otimizado, mas que mantenha um sofrimento intenso refratário face a uma doença terminal, poderá escolher de forma consciente, livre e autónoma a opção da EUT ou SMA.¹⁶ Todavia, ambas as opções continuam a conferir uma violação do código deontológico da prática médica, pois na EUT termina-se uma vida humana pela mão do profissional, e no SMA auxilia-se alguém a terminar a vida por intermédio de uma prescrição terapêutica com essa intenção, sendo praticado pelo próprio doente.^{3,10,13,14}

Pode-se questionar também a ética e a moral de um quadro legal em que a EUT/SMA seja de imediato apresentada como opção ao doente que, vulnerável,

confidencia ao médico, com quem estabeleceu uma relação de confiança, que desejaria morrer. Podem assim gerar-se situações de acrescido sofrimento, quando, ao invés de oferecer alternativas holísticas para abordar e aliviar o mesmo, se confunda o desejo de morrer para fugir à dor total, ou a ideação de morte própria de um quadro depressivo no contexto de doença terminal, com a vontade expressa de EUT, podendo configurar-se uma quebra irrecuperável na relação médico-doente.

O caso clínico apresentado ilustra o sofrimento existencial perpetuado pela ausência de acesso precoce a CP, com o objetivo de abordagem holística da dor total, otimizando o controlo de sintomas e proporcionando progressivamente a abordagem das outras dimensões no cuidado integral da pessoa.¹⁷ Atualmente, em Portugal, reflexo do envelhecimento da população e comorbilidades associadas, estima-se que até cerca de 90 000 pessoas necessitem de CP, pelo que, até final de 2020, deveriam existir 54 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), 44 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), 391 a 491 camas de internamento em CP, 5 EIHSCP Pediátricas especializadas e 7 não especializadas.¹⁸ Presentemente, segundo dados do Serviço Nacional de Saúde, existem 29 ECSCP, 45 EIHSCP, 6 EIHSCP Pediátricos, números que estão longe dos objetivos definidos no plano estratégico para o desenvolvimento dos CP em Portugal.¹⁹

Caso VM tivesse tido acesso a CP, e se tal não fosse eficaz no alívio do sofrimento existencial do doente, poderia ser oferecida a sedação paliativa intermitente, com o objetivo de aliviar os períodos de angústia refratária, sem intenção de antecipar a morte e sem entrar em conflito com os princípios éticos da prática médica ou de qualquer profissional de saúde.²⁰

No caso clínico, o facto de não ter tido acesso precoce a CP pode ter comprometido a exploração das causas que motivaram, primeiro, o pedido de sedação paliativa (não concretizado por estar acompanhado por uma equipa sem experiência para tal procedimento) e, segundo, o pedido de EUT, também impossível de concretizar no contexto legal do seu país.

Não podemos afirmar que o doente não viesse a pedir EUT/SMA apesar desta abordagem, mas, se o fizesse nesse contexto de CP otimizados ao máximo das possibilidades, poderia ser considerada uma escolha verdadeiramente autónoma e livre, pois teria tido acesso a todas as opções de cuidados

possíveis. No entanto, estudos prévios demonstram que muitos dos pedidos de EUT/SMA não persistem quando os doentes têm acesso a CP de qualidade, pelo que o investimento no acesso universal a CP deve ser uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde, para permitir o direito a uma morte digna a todos os doentes, antes de permitir a EUT ou SMA como opções em fim de vida.^{21,22}

Conclusão

O acesso a CP, apesar da evolução nos últimos anos, não abrange toda a população portuguesa. Deste modo, consideramos que legalizar a EUT e o SMA no contexto atual não é uma opção ética, uma vez que alguns doentes poderiam sentir-se condicionados a solicitar a morte assistida como solução para o seu sofrimento, por não terem acesso a CP de qualidade nem a alternativas de suporte de cuidados ao domicílio ou em instituições/unidades, sentindo-se ainda culpados pela sobrecarga dos seus cuidadores e famílias.

O problema ético da legalização da EUT/SMA não tem respostas certas ou erradas, e por ter por base valores tão absolutos como a dignidade e o respeito pela vida humana, merece uma discussão e reflexão ponderadas, para que se formulem os enquadramentos legais no superior interesse do doente e sem violar os princípios éticos da prática dos profissionais de saúde. 

Referências

1. Sheahan L. Exploring the interface between 'physician-assisted death' and palliative care: cross-sectional data from Australasian palliative care specialists. Royal Australasian College of Physicians. 2015.
2. Serrão D, et al. Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora; 2001.
3. Ferreira L. Eutanásia e Suicídio Assistido: uma análise normativa comparada. Curitiba: Appris; 2018.
4. Bélanger E, et al. Of dilemmas and tensions: a qualitative study of palliative care physicians' positions regarding voluntary active euthanasia in Quebec, Canada. *J Med Ethics*. 2019;45(1):48-53.
5. Benatar D. Bioethics and health and human rights: a critical view. *J Med Ethics*. 2006;32: 17-20.
6. Barchifontaine CP, Trindade MA. Bioética, saúde e realidade brasileira. *Rev. Bioét.* 3, 2019;27(3).
7. Bernheim JL, Raus K. Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticisms of the Belgian model of integral end-of-life care. *J Med Ethics*. 2017;43(8):489-494.
8. Ordem dos Médicos Portugal. Juramento de Hipócrates. [Online]. 1983. [Citado em 2020.]
9. Ordem dos Médico, Código Deontológico Médico, Regulamento n.º 707/2016. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 21 de julho de 2016.
10. Sprung CL, et al. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective. *Journal of Palliative Care*. X, 2018; XX: 1-7.
11. Spence RA, et al. Responding to Patient Requests for Hastened Death: Physician Aid in Dying and the Clinical Oncologist. *American Society of Clinical Oncology*. 2017; 13.
12. Russel JA. Physician-Hastened-Death in Patients with Progressive Neurodegenerative or Neuromuscular Disorders. *Seminars in Neurology*. 2018; 38.
13. Gristina GR. Cosa fare se la mia vita non è più degna di essere vissuta? *Recenti Prog Med*. 2019;110: 457-461.
14. Lima L, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*. 2017; 20.
15. Medical Assistance in Dying [Online]. 2017. [Citado em: 2020.]
16. Gruenewald DA, Vandekieft G. Options of Last Resort: Palliative Sedation, Physician Aid in Dying, and Voluntary Cessation of Eating and Drinking. *Med Clin N Am*. 2020;104(3): 539-560.
17. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18: 2577-2588.
18. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020 [Online]. [Citado em 2020.]
19. Serviço Nacional de Saúde. Dados das equipas de Cuidados Paliativos em Portugal [Online]. [Citado em 2020.]
20. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação Paliativa do Paciente Terminal. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62: 580-592.
21. Jeba J. Did I Hear You Right? *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2019;33(1-2):59-61.
22. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA*. 2000;284: 2460-2468.