

**PESQUISA**

Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário

Vitor Bastos Brandalise¹, Aline Pertile Remor¹, Diego de Carvalho¹, Elcio Luiz Bonamigo¹

1. Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), Joaçaba/SC, Brasil.

Resumo

Objetivou-se identificar a atitude de profissionais e acadêmicos de enfermagem, fisioterapia, medicina e psicologia de um hospital universitário perante suicídio assistido e eutanásia. O estudo foi desenvolvido por meio de questionário de autopreenchimento e contou com 354 participantes, entre os quais, 68,1% concordaram com a legalização do suicídio assistido e 73,2% com a legalização da eutanásia para pacientes com doenças terminais. A concordância com a legalização do suicídio assistido ou da eutanásia foi de 46,9% em casos de pacientes com doenças neurodegenerativas progressivas e de 30,8% em casos de tetraplegia. Em casos de doenças terminais, se legalizados, 45% dos participantes cometeriam suicídio assistido, 57% solicitariam eutanásia, 36,5% auxiliariam suicídio assistido e 39,9% auxiliariam eutanásia. Conclui-se que a ampla aceitação da legalização da eutanásia e do suicídio assistido entre os participantes enfatiza a necessidade de se ampliar a discussão sobre o tema entre a população.

Palavras-chave: Suicídio assistido. Eutanásia. Direito a morrer. Atitude frente à morte. Bioética.

Resumen**Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario**

Se tuvo como objetivo identificar la actitud de profesionales y estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina y psicología de un hospital universitario ante el suicidio asistido y la eutanasia. El estudio fue desarrollado por medio de un cuestionario de auto-llenado y contó con 354 participantes, entre los cuales el 68,1% concordó con la legalización del suicidio asistido y el 73,2% con la legalización de la eutanasia para pacientes con enfermedades terminales. La concordancia con la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia fue del 46,9% en casos de pacientes con enfermedades neurodegenerativas progresivas y del 30,8% en casos de tetraplejia. En los casos de enfermedades terminales, si se legalizara, el 45% de los participantes practicaría suicidio asistido, el 57% solicitaría eutanasia, el 36,5% colaboraría en el suicidio asistido y el 39,9% colaboraría en la eutanasia. Se concluye que la amplia aceptación de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido entre los participantes enfatiza la necesidad de ampliar la discusión sobre el tema entre la población.

Palabras clave: Suicidio asistido. Eutanasia. Derecho a morir. Actitud frente a la muerte. Bioética.

Abstract**Assisted suicide and euthanasia from the perspective of professionals and academics in a university hospital**

The objective of this study was to identify the attitude of professionals and academics in a university hospital regarding assisted suicide and euthanasia. The study was conducted using a questionnaire and included 354 participants. In cases of patients with terminal illnesses, 68.1% of participants supported the legalization of assisted suicide and 73.2% supported the legalization of euthanasia. The support for legalization of assisted suicide or euthanasia was 46.9% in cases of patients with progressive neurodegenerative diseases and 30.8% in cases of tetraplegia. In cases of terminal illnesses, if those were legalized, 45% of participants would commit assisted suicide, 57% would request euthanasia, 36.5% would aid in assisted suicide and 39.9% would aid in euthanasia. In conclusion, the great support for legalization of euthanasia and assisted suicide among the participants emphasizes the need to broaden the discussion on the subject in the population.

Keywords: Suicide assisted. Euthanasia. Right to die. Attitude to death. Bioethics.

Aprovação CEP-Unoesc 1.576.566

Declararam não haver conflito de interesse.

O suicídio assistido e a eutanásia são práticas realizadas para abreviar a vida de pacientes que estão em sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora. No suicídio assistido, o paciente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais; na eutanásia ativa, uma terceira pessoa, a pedido do paciente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento¹.

Há países que autorizam e regulamentam práticas para acelerar o processo de morte. Na Holanda, em Luxemburgo e no Canadá tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia são legalizados para pacientes em condição médica irreversível, com sofrimento constante, insuportável e que não pode ser aliviado². Na Colômbia e na Bélgica, a eutanásia é legalizada também para pacientes em sofrimento físico ou mental insuportável³.

Nos Estados Unidos, os estados do Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia permitem o suicídio assistido para pacientes com prognóstico de no máximo seis meses de vida². Na Suíça, o suicídio assistido é praticado por organizações sem fins lucrativos, pois não há leis que proíbam essa prática; no entanto, não é aceitável sua realização com a motivação de aliviar gastos financeiros da família ou liberar leito de hospital para outro paciente que esteja necessitando de tratamento¹.

Não há menção à eutanásia no Código Penal brasileiro, mas no caso aplica-se o conceito de homicídio privilegiado motivado por relevante valor social ou violenta emoção, com base no § 1º do art. 121, denominado de homicídio piedoso; quando houver dolo, a conduta incide sob o § 2º, por antecipar a morte intencionalmente. O suicídio assistido enquadra-se no Artigo 122, que trata do induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio de alguém⁴.

O Código de Ética Médica⁵ de 2010 não cita especificadamente suicídio assistido ou eutanásia em seu texto. Todavia, o art. 41 veda ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, e, em seu parágrafo único, o código condena a distanásia e defende a ortotanásia, os cuidados paliativos e a autonomia do paciente.

Independentemente de condutas legais ou não, trata-se de assunto controverso. A eutanásia e o suicídio assistido encontram suas bases no princípio bioético da autonomia, segundo o qual o paciente tem o direito de decidir quando e onde morrer, e esses atos também podem diminuir seu sofrimento durante o processo de morte⁶. Porém

existem impedimentos morais e religiosos, que argumentam não ser eticamente correto ajudar alguém a morrer⁷.

Também há o argumento da “ladeira escorregadia” (*slippery slope*, em inglês), segundo o qual a legalização do suicídio assistido ou da eutanásia tornaria difícil ou impossível proteger pacientes vulneráveis, como idosos e deficientes, de erros e abusos⁷. Entretanto, rigorosos critérios de segurança, como os utilizados em países onde essas práticas são legalizadas, podem fornecer proteção adequada contra excessos⁷.

Além disso, existe o pensamento de que os médicos estariam violando os princípios de sua profissão, pois de acordo com o juramento de Hipócrates, estão proibidos de participar da morte intencional de um paciente⁸. Todavia, as obrigações primordiais dos médicos são tanto de aliviar o sofrimento quanto de respeitar a autonomia de seus pacientes, e os médicos estariam agindo conforme os mais altos valores de sua profissão quando acatam o pedido de um paciente que deseja pôr fim a um sofrimento insuportável, abreviando seu processo de morrer⁷.

Devido ao fato de os estudos sobre o tema serem escassos na literatura brasileira, principalmente referente à opinião de profissionais da saúde, essa pesquisa teve como objetivo identificar a atitude de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário perante o suicídio assistido e a eutanásia.

Método

Trata-se de pesquisa descritiva e transversal, com abordagem quantitativa. A amostragem foi formada por profissionais e acadêmicos da área da saúde do Hospital Universitário Santa Terezinha (Hust), do município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. Como critério de inclusão, foram selecionados profissionais e acadêmicos da área da saúde que estavam trabalhando ou fazendo estágio no Hust durante o período da coleta de dados. Os indivíduos que não se enquadraram nesses critérios, ou que optaram por não participar da pesquisa, por recusa explícita, ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ou ainda que não responderam completamente o questionário, foram excluídos da amostra.

A pesquisa contou com 354 participantes e foi realizada, em julho e agosto de 2016, em todos os setores do hospital: oncologia, UTI, emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, bloco cirúrgico,

imaginologia, maternidade e pediatria. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário de autopreenchimento composto por cinco questões sociodemográficas e 14 questões estruturadas segundo a escala de Likert, que mensura atitudes em pesquisas de opinião. O questionário é apresentado como anexo deste artigo.

Os participantes foram abordados na própria instituição de saúde, durante o horário de trabalho, mantendo-se o cuidado de que nenhum serviço ou atendimento hospitalar fosse interrompido ou postergado. Na oportunidade, foi apresentado aos profissionais e acadêmicos o TCLE e, após a concordância e o preenchimento pelo participante, o questionário foi devolvido diretamente ao pesquisador, a uma funcionária do espaço pedagógico ou depositado em urnas que estavam nos postos de enfermagem dos diferentes setores do hospital.

Os dados coletados foram transcritos para o Microsoft Excel e submetidos à análise estatística descritiva, utilizada para descrever e sumarizar o conjunto dos dados. Posteriormente, foram analisados estatisticamente, de acordo com as variáveis mensuradas e o tipo de distribuição apresentado pelo conjunto dos dados. Para isso, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher.

Os participantes foram divididos em três grandes grupos: Grupo 1, graduados, composto por profissionais de nível superior (enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogos); Grupo 2, técnicos, composto por profissionais de nível médio (técnicos em enfermagem e em radiologia); Grupo 3, acadêmicos, composto por estudantes de graduação (enfermagem, fisioterapia, medicina e psicologia).

Para garantir a confiabilidade estatística, algumas análises utilizaram somente os grupos profissionais com mais de 50 participantes, a saber: médicos, enfermeiros, acadêmicos de medicina e técnicos de enfermagem. As diferenças entre os grupos foram consideradas significativas quando $p \leq 0,05$. Para cada uma das questões foram comparadas as frequências absolutas para as respostas entre os agrupamentos supracitados. A fim de compreender entre quais grupos residia a diferença estatística, foram realizadas análises complementares e independentes comparando sempre as respostas para cada um dos grupos com todos os outros possíveis. Para tais análises complementares, as diferenças significativas ($p < 0,05$) são representadas por símbolos

nas tabelas (*, # e \$). Todas as análises foram feitas pelo programa Statística 7.0 e/ou Excel.

Resultados

A população estimada de profissionais da área da saúde e acadêmicos que estavam fazendo estágio no HUST no período da coleta de dados foi de 80 médicos, 65 enfermeiros, 10 fisioterapeutas, 5 farmacêuticos, 3 nutricionistas, 2 psicólogos, 1 assistente social, 140 técnicos de enfermagem, 20 técnicos de radiologia, 65 acadêmicos de medicina, 15 acadêmicos de enfermagem, 30 acadêmicos de fisioterapia e 2 acadêmicos de psicologia, um total de 438 indivíduos.

Desse total de possíveis participantes, 411 foram abordados e 362 (88,1%) responderam os questionários. Foram excluídos 8 participantes cujos questionários estavam incompletos ou porque não haviam assinado o TCLE. A amostra final foi composta por 354 participantes divididos em três grandes grupos: Grupo 1 composto por 140 (39,5%) profissionais graduados, considerando 64 (18,1%) médicos, 55 (15,5%) enfermeiros, 10 (2,8%) fisioterapeutas, 5 (1,4%) farmacêuticos, 3 (0,8%) nutricionistas, 2 (0,6%) psicólogas e 1 (0,3%) assistente social; Grupo 2 composto por 116 (32,8%) profissionais técnicos, com 113 (31,9%) técnicos de enfermagem e 3 (0,8%) técnicos de radiologia; Grupo 3 composto por 98 (27,7%) acadêmicos, com 60 (16,9%) acadêmicos de medicina, 27 (7,6%) acadêmicos de fisioterapia, 9 (2,5%) acadêmicas de enfermagem e 2 (0,6%) acadêmicas de psicologia.

Quanto ao sexo, 265 (74,9%) eram femininos e 89 (25,1%) masculinos. Em relação à idade, 174 (49,2%) tinham entre 18 e 29 anos, 94 (26,6%) entre 30 e 39 anos, 55 (15,5%) entre 40 e 49 anos, 22 (6,2%) entre 50 e 59 anos, e 9 (2,5%) tinham 60 anos ou mais. A respeito do estado civil, 165 (46,6%) eram solteiros, 107 (30,2%) casados, 57 (16,1%) viviam em união estável, 24 (6,8%) divorciados/separados, e 1 (0,3%) viúva. Em relação à orientação religiosa, 272 (76,8%) eram católicos, 33 (9,3%) protestantes/evangélicos, 26 (7,3%) espíritas, 13 (3,7%) agnósticos/ateus, 5 (1,4%) declararam-se simultaneamente católicos e espíritas e 5 (1,4%) de outras religiões.

Dos 354 participantes, 260 (73,4%) declararam conhecer o significado de “suicídio assistido” antes da realização da pesquisa e 94 (26,6%) não conhecer. Quando perguntados sobre o conhecimento do termo “eutanásia”, 342 (96,6%) declararam conhecer o significado e 12 (3,4%) não conhecer.

O número de participantes que já recebeu o pedido de ajuda para acelerar o processo de morte de algum paciente foi 39 (11%), sendo que 315 (89%) nunca receberam esse pedido. Nas respostas dos grupos profissionais com mais de 50 participantes, encontrou-se que 14 (21,9%) médicos, 4 (7,3%) enfermeiros, 14 (12,4%) técnicos de enfermagem e 2 (3,3%) acadêmicos de medicina já receberam esse pedido. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas respostas “sim” dos técnicos de enfermagem quando comparadas com as dos acadêmicos de medicina, médicos e enfermeiros; e entre as dos médicos e acadêmicos de medicina (Tabela 1).

Quando questionados se já cogitaram a ideia de oferecer ajuda para acabar com o sofrimento de algum paciente acelerando sua morte, 72 (20,3%) participantes responderam “sim” e 282 (79,7%) “não”. Nas respostas dos grupos profissionais com mais de 50 participantes, encontrou-se que 25 (39,1%) médicos, 10 (18,2%) enfermeiros, 8 (7,1%) técnicos de enfermagem e 18 (30%) acadêmicos de medicina já cogitaram essa ideia. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) por menor número de respostas “sim” dos técnicos de enfermagem quando comparados com acadêmicos de medicina, médicos e enfermeiros; e dos enfermeiros quando comparados aos acadêmicos de medicina (Tabela 1).

Referente à pergunta: “Se você fosse portador de uma doença terminal, em que estivesse em sofrimento insuportável, você solicitaria a ajuda de alguém para acelerar seu processo de morte?”, 54 (15,3%) responderam “decisivamente sim”; 169 (47,7%) “provavelmente sim”; 86 (24,3%) “provavelmente não”; e 45 (12,7%) “decisivamente não”.

Sobre a concordância com a criação de uma lei no Brasil que permita o suicídio assistido em casos de doenças terminais, 102 (28,8%) concordaram totalmente; 139 (39,3%) concordaram parcialmente;

50 (14,1%) discordaram parcialmente; e 63 (17,8%) discordaram totalmente. Nos grandes grupos, 76 (77,6%) acadêmicos, 104 (74,3%) profissionais graduados e 61 (52,6%) profissionais técnicos concordaram com a legalização do suicídio assistido em casos de doenças terminais. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas respostas “concordo totalmente” e “discordo totalmente” dos técnicos em relação aos acadêmicos e graduados (Tabela 2).

Referente à concordância com a criação de uma lei que permita no Brasil a eutanásia em casos de doenças terminais, 109 (30,8%) concordaram totalmente, 150 (42,4%) concordaram parcialmente, 40 (11,3%) discordaram parcialmente e 55 (15,5%) discordaram totalmente. Nos grandes grupos, a concordância com a legalização da eutanásia em casos de doenças terminais foi de: 82 (83,7%) acadêmicos; 112 (80%) profissionais graduados; e 65 (56%) profissionais técnicos. Assim como na questão anterior o resultado foi significativo ($p < 0,05$) nas respostas “concordo totalmente” e “discordo totalmente” dos técnicos em relação aos acadêmicos e graduados (Tabela 2).

Quanto à criação de uma lei que permita no Brasil o suicídio assistido ou a eutanásia em casos de doenças neurodegenerativas progressivas, 34 (9,6%) concordaram totalmente, 132 (37,3%) concordaram parcialmente, 88 (24,9%) discordaram parcialmente e 100 (28,2%) discordaram totalmente. Nos grandes grupos, 55 (56,1%) acadêmicos, 73 (52,1%) profissionais graduados e 38 (32,8%) profissionais técnicos concordaram com a legalização do suicídio assistido ou da eutanásia em casos de doenças neurodegenerativas progressivas. Neste resultado ocorreu diferença ($p < 0,05$) entre as respostas “concordo parcialmente” e “discordo totalmente” dos acadêmicos e graduados em comparação com os técnicos (Tabela 2).

Tabela 1. Experiências dos participantes sobre a ajuda no processo de morte

Pergunta	Resposta	Médicos % (n)	Enfermeiros % (n)	Acadêmicos de medicina % (n)	Técnicos de enfermagem % (n)
Algum paciente já lhe solicitou ajuda para acelerar o processo de morte?	Sim	21,9 (14)**	7,3 (4)*	3,3 (2)*	12,4 (14)
	Não	78,1 (50)	92,7 (51)	96,7 (58)	87,6 (99)
	Total	100 (64)	100,0 (55)	100,0 (60)	100,0 (113)
Você já cogitou a ideia de ajudar a acabar com o sofrimento de algum paciente acelerando sua morte?	Sim	39,1 (25)*	18,2 (10)**	30,0 (18)*	7,1 (8)
	Não	60,9 (39)	81,8 (45)	70,0 (42)	92,9 (105)
	Total	100,0 (64)	100,0 (55)	100,0 (60)	100,0 (113)

* $p < 0,05$ vs técnicos de enfermagem; ** $p < 0,05$ vs acadêmicos de medicina

Tabela 2. Percepção dos participantes sobre a legalização no Brasil do suicídio assistido e/ou da eutanásia e intenção de cometê-los, caso fosse legal, em casos de doenças terminais ou de doenças neurodegenerativas progressivas ou de tetraplegia

Questão	Resposta	Acadêmicos % (n)	Graduados % (n)	Técnicos % (n)
Legalização do suicídio assistido em casos de doenças terminais	Concordo totalmente	36,7 (36)*	31,4 (44)*	19,0 (22)
	Concordo parcialmente	40,8 (40)	42,9 (60)	33,6 (39)
	Discordo parcialmente	18,4 (18)	12,9 (18)	12,1 (14)
	Discordo totalmente	4,1 (4)*	12,9 (18)*	35,3 (41)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)
Legalização da eutanásia em casos de doenças terminais	Concordo totalmente	38,8 (38)*	34,3 (48)*	19,8 (23)
	Concordo parcialmente	44,9 (44)	45,7 (64)	36,2 (42)
	Discordo parcialmente	12,2 (12)	12,9 (18)	8,6 (10)
	Discordo totalmente	4,1 (4)*	7,1 (10)*	35,3 (41)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)
Legalização do suicídio assistido ou da eutanásia em casos de doenças neurodegenerativas progressivas	Concordo totalmente	12,2 (12)	6,4 (9)	11,2 (13)
	Concordo parcialmente	43,9 (43)*	45,7 (64)*	21,6 (25)
	Discordo parcialmente	27,6 (27)	22,9 (32)	25,0 (29)
	Discordo totalmente	16,3 (16)*	25,0 (35)*	42,2 (49)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)
Legalização da eutanásia em casos de tetraplegia	Concordo totalmente	6,1 (6)	10,0 (14)	7,8 (9)
	Concordo parcialmente	36,7 (36)*	24,3 (34)*	8,6 (10)
	Discordo parcialmente	24,5 (24)	25,0 (35)	20,7 (24)
	Discordo totalmente	32,7 (32)*	40,7 (57)*	62,9 (73)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)
Cometeria o suicídio assistido em caso do próprio participante ser portador de uma doença terminal	Decisivamente sim	9,2 (9)	10,7 (15)	11,2 (13)
	Provavelmente sim	43,9 (43)*	38,6 (54)*	21,6 (25)
	Provavelmente não	36,7 (36)	35,0 (49)	33,6 (39)
	Decisivamente não	10,2 (10)*	15,7 (22)*	33,6 (39)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)
Solicitaria a eutanásia em caso do próprio participante ser portador de uma doença terminal	Decisivamente sim	15,3 (15)	17,1 (24)	14,7 (17)
	Provavelmente sim	58,2 (57)*	42,9 (60)*	25,0 (29)
	Provavelmente não	20,4 (20)	28,6 (40)	26,7 (31)
	Decisivamente não	6,1 (6)*	11,4 (16)*	33,6 (39)
	Total	100,0 (98)	100,0 (140)	100,0 (116)

* $p < 0,05$ vs técnicos

Já em relação à criação de lei que permita no Brasil a eutanásia em casos de tetraplegia, 29 (8,2%) concordaram totalmente, 80 (22,6%) concordaram parcialmente, 83 (23,4%) discordaram parcialmente, e 162 (45,8%) discordaram totalmente. Nos grandes grupos, a concordância com a legalização da eutanásia em casos de tetraplegia foi de 42 (42,9%) acadêmicos, 48 (34,3%) profissionais graduados e 19 (16,4%) profissionais técnicos. Houve diferença significativa ($p < 0,05$) nas respostas “concordo parcialmente” e “discordo totalmente”

dos técnicos em comparação com acadêmicos e graduados (Tabela 2).

Foi solicitado aos participantes, que discordaram parcialmente ou totalmente da criação de leis que permitam o suicídio assistido ou a eutanásia nos diferentes casos expostos, que assinalassem o motivo da discordância, podendo escolher mais de uma alternativa. Essa questão foi respondida por 275 participantes (total de 322 opções escolhidas), que alegaram as seguintes razões: “motivos pessoais”, assinalado 135 vezes (41,9%); “princípios morais/

legais”, 92 vezes (28,6%); “princípios religiosos”, 34 vezes (10,6%); e “outros motivos”, 61 vezes (18,9%).

No caso hipotético de uma lei que permitisse o suicídio assistido e/ou a eutanásia no Brasil, e a existência de um participante portador de doença terminal em sofrimento físico ou psicológico, de todos os entrevistados, 159 (44,9%) cometeriam o suicídio assistido, dos quais, 37 (10,5%) responderam “decisivamente sim” e 122 (34,5%) “provavelmente sim”. Nas mesmas condições, 202 (57,1%) solicitariam a eutanásia, dos quais 56 (15,8%) responderam “decisivamente sim” e 146 (41,2%) “provavelmente sim”.

Nos grandes grupos, 52 (53,1%) acadêmicos, 69 (49,3%) profissionais graduados e 38 (32,8%) profissionais técnicos cometeriam o suicídio assistido, assim como 72 (73,5%) acadêmicos, 84 (60%) profissionais graduados e 46 (39,7%) profissionais técnicos solicitariam a eutanásia. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas respostas “provavelmente sim” e “decisivamente não” por maior discordância dos técnicos quando comparados com acadêmicos e graduados (Tabela 2).

Quando questionados se forneceriam os medicamentos para um paciente cometer suicídio assistido, caso uma lei fosse aprovada no Brasil, 30 (8,5%) responderam “decisivamente sim”, 99 (28%) “provavelmente sim”, 100 (28,2%) “provavelmente não” e 125 (35,3%) “decisivamente não”. Nas respostas dos grupos profissionais com mais de 50 participantes, encontrou-se que 39 (65%)

acadêmicos de medicina, 28 (43,8%) médicos, 23 (41,8%) enfermeiros e 16 (14,2%) técnicos de enfermagem dariam os medicamentos para um paciente cometer suicídio assistido.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas respostas “provavelmente sim” e “decisivamente não” por maior discordância dos técnicos de enfermagem quando comparados com médicos, enfermeiros e acadêmicos de medicina; e entre acadêmicos de medicina, por maior concordância destes, quando comparados com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Tabela 3).

Quando questionados se aplicariam os medicamentos para acelerar a morte de um paciente, caso uma lei permitisse a eutanásia no Brasil, 31 (8,8%) responderam “decisivamente sim”, 110 (31,1%) “provavelmente sim”, 98 (27,7%) “provavelmente não” e 115 (32,5%) “decisivamente não”. Nas respostas dos grupos profissionais com mais de 50 participantes, 38 (63,3%) acadêmicos de medicina, 34 (53,1%) médicos, 27 (49,1%) enfermeiros e 20 (17,7%) técnicos de enfermagem aplicariam os medicamentos para acelerar a morte de um paciente. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas respostas “provavelmente sim” e “decisivamente não” com maior discordância dos técnicos de enfermagem quando comparados com médicos, enfermeiros e acadêmicos de medicina; e entre acadêmicos de medicina, por maior concordância destes, quando comparados com enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3. Perspectiva dos participantes em fornecer medicamentos para um paciente cometer suicídio assistido ou de aplicar medicamentos para acelerar sua morte, caso fosse legal

Questão	Resposta	Médicos % (n)	Enfermeiros % (n)	Acadêmicos de medicina % (n)	Técnicos de enfermagem % (n)
Forneceria os medicamentos para um paciente cometer suicídio assistido	Decisivamente sim	6,3 (4)	12,7 (7)	13,3 (8)	5,3 (6)
	Provavelmente sim	37,5 (24)**	29,1 (16)**	51,7 (31)*	8,8 (10)
	Provavelmente não	35,9 (23)	27,3 (15)	26,7 (16)	24,8 (28)
	Decisivamente não	20,3 (13)**	30,9 (17)**	8,3 (5)*	61,1 (69)
	Total	100,0 (64)	100,0 (55)	100,0 (60)	100,0 (113)
Aplicaria os medicamentos para acelerar a morte de um paciente	Decisivamente sim	9,4 (6)	12,7 (7)	13,3 (8)	5,3 (6)
	Provavelmente sim	43,8 (28)*	36,4 (20)**	50,0 (30)*	12,4 (14)
	Provavelmente não	28,1 (18)	23,6 (13)	28,3 (17)	27,4 (31)
	Decisivamente não	18,8 (12)*	27,3 (15)**	8,3 (5)*	54,9 (62)
	Total	100,0 (64)	100,0 (55)	100,0 (60)	100,0 (113)

* $p < 0,05$ vs técnicos de enfermagem; # $p < 0,05$ vs acadêmicos de medicina

Discussão

No presente estudo, 21,9% dos médicos, 7,3% dos enfermeiros, 12,4% dos técnicos de enfermagem e 3,3% dos acadêmicos de medicina já receberam pedido para acelerar o processo de morte de algum paciente. Em pesquisa realizada na Grécia com 215 médicos, 250 enfermeiros, 218 familiares de pacientes com câncer em estágio avançado e 246 leigos, 20,5% dos médicos, 3,6% dos enfermeiros, 11% dos familiares e 6,1% dos leigos relataram ter recebido pedido de paciente para abreviar a vida⁸. Em ambos estudos, o grupo de médicos obteve porcentagem maior de pedidos para término de vida, possivelmente porque é responsável pela prescrição de medicamentos e escolha do tratamento de seus pacientes, o que poderia dar mais esperança em relação ao pedido.

Mesmo na Bélgica, onde a legislação permite a eutanásia, os pedidos passam por filtro paliativo, por abordagem ativa e integral de cuidados paliativos, com a possibilidade de tornar irrelevante o pedido de eutanásia⁹. Neste contexto, os cuidados paliativos podem permitir que o paciente viva seus últimos dias da forma mais plena possível, com o máximo de conforto, e tenha a melhor forma possível de gestão médica da morte¹⁰.

Porém, não se pode confundir quantidade de vida com qualidade de vida; e os medos e tabus que apresentam a morte como inimiga, um fracasso ou revelação de incompetência profissional, devem ser superados⁹. Cuidados paliativos nem sempre estão disponíveis ou são suficientes¹, por isso existe a possibilidade de suicídio assistido e a eutanásia, tanto que, 39,1% dos médicos, 30% dos acadêmicos de medicina, 18,2% dos enfermeiros e 7,1% dos técnicos de enfermagem de nossa pesquisa já cogitaram acabar com o sofrimento de algum paciente acelerando sua morte.

Aqui obteve-se alta taxa de concordância com a criação de uma lei que permitisse, no Brasil, a eutanásia e o suicídio assistido em casos de doenças terminais, tendo a eutanásia porcentagem um pouco mais alta de aceitação (73,2%) do que o suicídio assistido (68,1%), resultado em conformidade com pesquisas realizadas nos Estados Unidos, onde a eutanásia teve maior apoio que o suicídio assistido entre os participantes². Pesquisa realizada com 390 enfermeiros na Andaluzia, Sul da Espanha, também mostrou maior apoio para a legalização da eutanásia (76,5%) do que para o suicídio assistido (65%)¹¹. Porém, estudos realizados nos Estados Unidos, em países da Europa e na Austrália geralmente mostram

apoio maior dos médicos ao suicídio assistido do que à eutanásia².

Estudo realizado na Coreia do Sul, que contou com a participação de 1.242 pacientes com câncer, 1.289 cuidadores familiares, 303 médicos oncologistas e 1.006 membros da população coreana, mostrou que quase 50% dos participantes dos grupos de pacientes e da população apoiaram a eutanásia ativa e o suicídio assistido para doentes terminais; contudo, menos de 40% dos cuidadores familiares e de 10% dos oncologistas apoiaram esses atos¹². Pesquisa realizada na Bélgica, onde a eutanásia é legalizada, constatou que 90,4% dos 914 médicos participantes concordaram com a prática da eutanásia para pacientes portadores de doença terminal, envolvendo dor incontrolável ou outro sofrimento extremo¹³, mostrando a diferença de percepção existente.

Essa diferença de aceitação deve-se a diferenças culturais, pois países que têm maior taxa de aceitação são mais favoráveis à autonomia pessoal (por exemplo, países europeus e da América do Norte), e países que têm menor taxa de aceitação são mais favoráveis aos modelos de tomada de decisão paternalistas ou centrados na família (por exemplo, países asiáticos)¹². Em nossa pesquisa, a taxa de aceitação do suicídio assistido e da eutanásia para doenças terminais ficou em torno de 70%, assemelhando-se aos países europeus e da América do Norte, que valorizam a autonomia dos pacientes. Contudo, este trabalho envolveu apenas profissionais e acadêmicos da área da saúde, não se estendendo a pacientes ou à população.

Nesta pesquisa, a concordância dos participantes com uma lei que permitisse o suicídio assistido ou a eutanásia em casos de doenças neurodegenerativas progressivas foi menor que em casos de doenças terminais (46,9%). Em casos de tetraplegia a concordância foi ainda menor (30,8%). Essa diferença de aceitação, dependendo da situação em que o paciente se encontra, também foi constatada em pesquisa realizada com 677 habitantes da Nova Zelândia, na qual 49% dos entrevistados entenderam que a eutanásia ou o suicídio assistido eram as respostas mais adequadas para um paciente tetraplégico que pede assistência para morrer¹⁴. No entanto, a porcentagem de neozelandeses que escolheu a eutanásia ou o suicídio assistido como a resposta mais apropriada para um paciente que está sofrendo de uma doença incurável foi maior, alcançando 78%¹⁴.

No presente estudo, 63% de todos os entrevistados solicitariam a ajuda de alguém para acelerar seu processo de morte, caso fossem portadores de

uma doença terminal, em que estivessem em sofrimento insuportável; nessa questão não foi citado o método que seria usado para acelerar o processo de morte, nem a legalidade do ato. Já nas questões que mencionavam o método (suicídio assistido ou eutanásia), no caso de o ato ser legalizado no Brasil, as respostas afirmativas diminuíram, sendo que 57% de todos os participantes solicitariam a eutanásia e 45% cometeriam o suicídio assistido.

Pesquisa realizada com 588 acadêmicos de medicina de duas universidades polonesas mostrou que na situação hipotética do próprio acadêmico ou pessoa próxima a ele enfrentar uma doença incurável, 60,38% escolheriam a morte natural, 17,35% escolheriam a eutanásia, 16,50% o suicídio assistido e 5,77% não souberam opinar¹⁵. Em outro estudo, realizado em Portugal, com 143 médicos oncologistas, concluiu-se que 35,7% dos participantes gostariam de ter disponível a opção de eutanásia e 23,8% gostariam de ter disponível a opção de suicídio assistido em caso de o próprio participante ser portador de doença terminal¹⁶.

Em nosso estudo, a maioria dos técnicos de enfermagem foi decisiva em afirmar que não daria os medicamentos para um paciente cometer suicídio assistido (85,9%), e que também não os aplicaria para acelerar a morte de um paciente (82,3%), caso houvesse lei que permitisse tais atos no Brasil; a frequência da resposta “decisivamente não” dos técnicos de enfermagem, para ambas as perguntas, foi significativamente maior em comparação aos outros grupos profissionais. No entanto, grande parte dos grupos dos acadêmicos de medicina (63,3%), dos médicos (53,2%) e dos enfermeiros (49,1%) estaria disposta a auxiliar a eutanásia; e 65% dos acadêmicos de medicina, 43,8% dos médicos, 41,8% dos enfermeiros estariam dispostos a auxiliar o suicídio assistido (Tabela 3).

Diferenciando-se de estudos realizados em outros países, onde a intenção de auxiliar esses atos foi menor, uma pesquisa feita na Alemanha, por exemplo, com participantes de um congresso sobre cuidados paliativos, e que contou com a participação de 198 médicos e 272 enfermeiros, mostrou que 15,7% dos médicos e 11% dos enfermeiros estariam dispostos a auxiliar o suicídio assistido em doentes terminais, e 7,1% dos médicos e 4% dos enfermeiros estariam dispostos a auxiliar a eutanásia em doentes terminais¹⁷. Em outra pesquisa realizada na Itália com 855 médicos, conclui-se que 16% dos médicos auxiliariam o suicídio assistido e 12% auxiliariam a eutanásia a pedido do paciente¹⁸. Em pesquisa realizada na

Polônia com a participação de 588 acadêmicos de medicina, apenas 11,73% destes auxiliariam a eutanásia ou o suicídio assistido¹⁵.

Esses estudos realizados na Alemanha e na Itália mostraram que os participantes foram mais favoráveis a auxiliar o suicídio assistido do que a eutanásia, deixando assim a responsabilidade final para o próprio paciente, o que garante sua autonomia e, ao mesmo tempo, poupa o profissional da ação direta¹⁷. Esses resultados diferiram do obtido com os grupos dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da presente pesquisa, os quais se mostraram mais dispostos a auxiliar a eutanásia. Estudo com pacientes oncológicos mostrou que nas situações graves e irrecuperáveis do fim de vida, a maioria dos pacientes não quer ser mantida viva, o que corrobora a necessidade de mais reflexões sobre a terminalidade da vida¹⁹.

Considerações finais

A maioria dos participantes declarou conhecer o significado dos termos “eutanásia” e “suicídio assistido” e foram poucos os participantes que já receberam um pedido para ajudar a acelerar o processo de morte de algum paciente, sendo os médicos os profissionais que mais receberam.

Obteve-se alta taxa de concordância para a eutanásia e o suicídio assistido em pacientes portadores de doenças terminais, caso fossem procedimentos legais no Brasil, sendo que a eutanásia teve taxa maior de aceitação do que o suicídio assistido. A concordância com a criação de uma lei que permitisse o suicídio assistido ou a eutanásia no Brasil foi menor em casos de doenças neurodegenerativas progressivas e ainda menor em casos de tetraplegia.

Se legalizados, aproximadamente a metade dos participantes solicitaria a eutanásia e/ou cometeria suicídio assistido, no caso de ser pessoalmente portador de doença terminal. Da mesma forma, aproximadamente metade dos grupos dos acadêmicos de medicina, dos médicos e dos enfermeiros estaria disposta a auxiliar a eutanásia e o suicídio assistido, caso uma lei que permitisse esses atos fosse aprovada no Brasil. Os grupos dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem se mostraram mais dispostos a auxiliar a eutanásia do que o suicídio assistido. Em todas as questões, tanto perante a legalização, quanto se solicitariam ou se auxiliariam o suicídio assistido e a eutanásia, houve menor concordância dos profissionais técnicos em comparação a outros grupos.

No Brasil, os cuidados no âmbito da saúde estão ainda em longo processo de humanização, sobretudo o cuidado da dor e do sofrimento, bem como o cuidado das pessoas vulneráveis em final de vida, casos em que o aumento da oferta dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde poderá melhorar muito a qualidade de vida dos pacientes.

Contudo, muitos direitos dos pacientes evoluem no Ministério da Saúde e outros conseguem avançar no âmbito legislativo. Nesse contexto, com base nos resultados desta pesquisa, a aceitação da legalização das práticas da eutanásia e do suicídio assistido enfatiza a necessidade de se ampliar também a discussão sobre o tema pesquisado em toda a sociedade.

Referências

1. Mishara BL, Weisstub DN. Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):427-35.
2. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*. 2016;316(1):79-90.
3. Castro MPR, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VLA. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(2):355-67.
4. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro; 31 dez 1940 [acesso 5 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/18kAHOG>
5. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM; 2010.
6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso 10 mar 2016];21(1):111-9. Disponível: <https://bit.ly/2sAVk7u>
7. Schafer A. Physician assisted suicide: the great Canadian euthanasia debate. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):522-31.
8. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, Sakkas P, Patiraki E, Pistevou-Gombaki K *et al*. Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 2010;97(2-3):160-5.
9. Pessini L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2010;18(3):549-60.
10. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(1):165-75.
11. Tamayo-Velázquez MI, Simón-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics*. 2012;19(5):677-91.
12. Yun YH, Han KH, Park S, Park BW, Cho CH, Kim S *et al*. Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2017];183(10):E673-9. Disponível: <https://bit.ly/2Gsqq3q>
13. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2017];41(3):580-93. Disponível: <https://bit.ly/2IT6CvZ>
14. Rae N, Johnson MH, Malpas PJ. New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. *J Palliat Med*. 2015;18(3):259-65.
15. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A *et al*. A comparison of attitudes toward euthanasia among medical students at two Polish universities. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 [acesso 19 mar 2016];28(2):384-91. Disponível: <https://bit.ly/2DYAWIa>
16. Gonçalves F. Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists. *Support Care Cancer*. 2010;18(3):359-66.
17. Zenz J, Tryba M, Zenz M. Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2015 [acesso 19 mar 2016];14(60):1-9. Disponível: <https://bit.ly/2pHUR2p>
18. Cocconi G, Caminiti C, Zaninetta G, Passalacqua R, Cascinu S, Campione F *et al*. National survey of medical choices in caring for terminally ill patients in Italy, a cross-sectional study. *Tumori* [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2017];96(1):122-30. Disponível: <https://bit.ly/2pDRkDa>
19. Comin LT, Panka M, Beltrame V, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017;25(2):392-401.

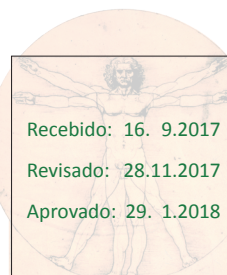
Correspondência

Elcio Luiz Bonamigo – Rua Treze de Maio, 314, salas 21 e 22 CEP 89600-000. Joaçaba/SC, Brasil.

Vitor Bastos Brandalise – Graduando – vitorbrandalise@hotmail.com
 Aline Pertile Remor – Doutora – aline.remor@unoesc.edu.br
 Diego de Carvalho – Doutor – diego.carvalho@unoesc.edu.br
 Elcio Luiz Bonamigo – Doutor – elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

Participação dos autores

Vitor Bastos Brandalise participou do desenho do estudo e da coleta dos dados. Aline Pertile Remor e Diego de Carvalho foram responsáveis pela análise dos dados. Elcio Luiz Bonamigo colaborou com o desenho do estudo, desenvolvimento da pesquisa e a análise dos dados. Todos os autores contribuíram para a redação do artigo.



Anexo

Questionário

Prezado(a) colaborador(a), nós pedimos gentilmente para que você responda honestamente esse questionário. Nenhuma informação que o(a) identifique será divulgada.

Parte 1. Perfil sociodemográfico**Gênero:**

- Masculino
 Feminino
 Outro

Faixa etária:

- De 18 a 29 anos
 De 30 a 39 anos
 De 40 a 49 anos
 De 50 a 59 anos
 60 anos ou mais

Estado civil:

- Solteiro(a)
 União estável
 Casado(a)
 Divorciado(a)/Separado(a)
 Viúvo(a)

Orientação religiosa:

- Católica
 Protestante/evangélica
 Espírita
 Agnóstico/ateu
 Outra: _____

Área profissional:

- Enfermeiro(a)
 Técnico(a) de enfermagem
 Médico(a)
 Farmacêutico(a)
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo(a)
 Nutricionista
 Psicólogo(a)
 Acadêmico(a) de medicina
 Acadêmico(a) de enfermagem
 Acadêmico(a) de fisioterapia
 Acadêmico(a) de psicologia
 Outra: _____

Parte 2. Leia o seguinte texto e após a leitura responda às perguntas, assinalando a alternativa que melhor representa seus pensamentos.

O suicídio assistido e a eutanásia são práticas realizadas para abreviar a vida de pacientes que estão em sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora. No suicídio assistido o paciente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais. Já na eutanásia ativa, uma terceira pessoa, a pedido do paciente, administra-lhe um agente letal, com intenção de abreviar a vida para acabar com seu sofrimento.

Há países como Holanda, Bélgica e EUA que autorizam e regulamentam as práticas de suicídio assistido e/ou eutanásia para casos específicos. No Brasil as duas práticas são ilegais.

1) Antes de ler o texto anterior, você já sabia o que era suicídio assistido?

- Sim. Não.

2) Antes de ler o texto anterior, você já sabia o que era eutanásia?

- Sim. Não.

3) Algum paciente já lhe solicitou ajuda para acelerar o processo de morte?

- Sim. Não.

4) Você já cogitou a ideia de ajudar a acabar com o sofrimento de algum paciente acelerando sua morte?

- Sim. Não.

5) Se você fosse portador de uma doença terminal, em que estivesse em sofrimento insuportável, você solicitaria a ajuda de alguém para acelerar seu processo de morte?

- Decisivamente sim.
 Provavelmente sim.
 Provavelmente não.
 Decisivamente não.

6) Você concorda com a criação de uma lei que permita no Brasil o suicídio assistido em casos de doenças terminais?

- Concordo totalmente.
 Concordo parcialmente.
 Discordo parcialmente.
 Discordo totalmente.

7) Você concorda com a criação de uma lei que permita no Brasil a eutanásia em casos de doenças terminais?

- Concordo totalmente.
- Concordo parcialmente.
- Discordo parcialmente.
- Discordo totalmente.

8) Você concorda com a criação de uma lei que permita no Brasil o suicídio assistido ou a eutanásia em casos de doenças degenerativas progressivas como, por exemplo, o Alzheimer ou esclerose lateral amiotrófica?

- Concordo totalmente.
- Concordo parcialmente.
- Discordo parcialmente.
- Discordo totalmente.

9) Você concorda com a criação de uma lei que permita no Brasil a eutanásia em casos de tetraplegia?

- Concordo totalmente.
- Concordo parcialmente.
- Discordo parcialmente.
- Discordo totalmente.

10) Se você respondeu “discordo parcialmente” ou “discordo totalmente” em alguma questão anterior, qual foi o principal motivo da discordância? (pode assinalar mais de uma alternativa)

- Princípios religiosos (minha religião é contra o suicídio assistido e a eutanásia).
- Princípios morais/legais (em nossa sociedade é errado cometer suicídio assistido ou eutanásia).
- Motivos pessoais.
- Outro: _____

11) Se uma lei que permitisse o suicídio assistido fosse aprovada no Brasil, e se você fosse portador de uma doença terminal, em que estivesse sofrendo fisicamente ou psicologicamente, você cometeria o suicídio assistido?

- Decisivamente sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Decisivamente não.

12) Se uma lei que permitisse a eutanásia fosse aprovada no Brasil, e se você fosse portador de uma doença terminal, em que estivesse sofrendo fisicamente ou psicologicamente, você solicitaria a eutanásia?

- Decisivamente sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Decisivamente não.

13) Se uma lei que permitisse o suicídio assistido fosse aprovada no Brasil, você forneceria os medicamentos para um paciente cometer o suicídio assistido?

- Decisivamente sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Decisivamente não.

14) Se uma lei que permitisse a eutanásia fosse aprovada no Brasil, você aplicaria os medicamentos para acelerar a morte de um paciente?

- Decisivamente sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Decisivamente não.

Agradecemos sua inestimável contribuição à realização da pesquisa.