

# Suicídio e Ética

José Roberto Goldim  
Márcia M. Raymundo  
Carlos Fernando Francesconi  
Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

## Introdução

Os grandes avanços da Ciência, em particular na área da saúde, verificados na segunda metade do século XX, trouxeram inúmeros questionamentos quanto ao uso adequado destes conhecimentos. Em conjunto com as demais discussões sobre os direitos humanos, especialmente de minorias étnicas e das mulheres, em particular, a contestação e a reformulação das práticas de ensino, as novas estruturas de relacionamentos individuais e interinstitucionais, surgiu uma reflexão sobre os temas específicos relacionados à vida em suas diferentes manifestações, que recebeu a denominação de Bioética.

Dentre os vários temas, um, em especial, gerou grandes dilemas e reflexões: a morte e o morrer. As questões relacionadas ao final da vida envolviam o atendimento dos pacientes terminais, os limites de tratamento, a eutanásia, o suicídio e o suicídio assistido.

Para realizar suas reflexões a Bioética contemporânea se utiliza de vários modelos explicativos, que podem ser baseados em Princípios ou Casos.

A Bioética baseada em Princípios, ou Principlismo, adota um referencial teórico para a abordagem de situações práticas. Alguns autores utilizam três ou quatro princípios para realizarem suas reflexões. O modelo mais comum é o que utiliza quatro princípios: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça. Uma variação destes, é a utilização de apenas três princípios: Beneficência, Respeito à Pessoa e Justiça. Nesta última abordagem o primeiro princípio se refere a questão mais abstrata, ou seja, em estabelecer o que cada pessoa deve buscar fazer o bem e evitar o mal. O segundo princípio, Respeito à Pessoa, se refere ao próprio indivíduo, tendo como características a privacidade, a autodeterminação e a veracidade. A privacidade se refere tanto às informações sobre o indivíduo quanto ao seu próprio corpo. A autodeterminação é a característica associada à voluntariedade, à capacidade de tomar decisões no seu melhor interesse. A Justiça é o princípio que vincula o indivíduo às outras pessoas.

Texto publicado como capítulo de livro

Goldim JR, Raymundo MM, Francesconi CFM, Machado SCEP. Suicídio e Bioética.PDF. In: Werlang BSG, Botega NJ, editors. Comportamento Suicida. Porto Alegre: ArtMed; 2004. p. 153–68.

A Bioética baseada em casos, ou também denominada de Casuística, utiliza a tradição da jurisprudência. Os casos considerados como paradigmáticos são utilizados para orientar o processo de tomada de decisão em outras situações consideradas como equivalentes. É um referencial que surge de situações práticas reais, que podem gerar diretrizes de ação para casos futuros.

No presente capítulo será utilizado um outro referencial, mais recente e abrangente, que é a Bioética baseada na Complexidade<sup>1</sup>. Este modelo explicativo assume a Bioética como um campo de encontro de numerosas disciplinas<sup>2</sup>, indo além da proposta de uma Ética Aplicada, para se tornar uma Ética inserida na prática. Este modelo leva em conta os fatos e as circunstâncias relacionados a um dado problema, as diversas alternativas possíveis e as suas respectivas consequências. Além disto, são igualmente utilizados os referenciais teóricos, que pode ser o do Princípioalismo ou dos Direitos Humanos, e os casos a ele relacionáveis, resgatando a Casuística. A Bioética baseada na Complexidade propicia uma interação entre diferentes perspectivas, habitualmente abordadas de forma isolada, permitindo uma ampla visão do problema a ser abordado e facilitando a transposição desta reflexão para a prática. A Bioética não apresenta soluções únicas e definitivas, ela indica caminhos possíveis e suas adequações.

## **Morte, Suicídio, Suicídio Assistido e Eutanásia**

O que é morte? O grande número de definições de critérios para o estabelecimento da morte de uma pessoa já deixa bem claro que não é este não é um problema puramente médico, pois apresenta relações sociais, morais e legais.

A morte, de acordo com os costumes e período histórico de um povo, pode ser caracterizada por diferentes critérios, Todos, porém, apresentam um ponto em comum, que é o cessar irreversível de uma dada característica, que pode ser:

1. o funcionamento de todas as células, tecidos ou órgãos de um indivíduo;
2. o fluxo espontâneo de todos os fluídos, incluindo o ar (“último suspiro”) e o sangue;
3. o funcionamento do coração e pulmões;
4. o funcionamento espontâneo de coração e pulmões;

---

<sup>1</sup> Goldim JR. Consentimento Informado para além da autonomia. Revista AMRIGS...

<sup>2</sup> O'Neill O. Autonomy and Trust in Bioethics. Cambridge: Cambridge, 2002:1.

5. o funcionamento espontâneo de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral (morte encefálica);
6. o funcionamento completo das porções superiores do cérebro (neocórtex);
7. o funcionamento quase completo do neocórtex;
8. a capacidade corporal da consciência.

Outra importante discussão, é a que se refere ao estabelecimento da causa da morte. Ela pode ser fruto de ações humanas, provocadas intencionalmente ou não, como nos homicídios, suicídios, guerras, acidentes, ou de processos naturais sobre os quais se buscam meios para atuar, no sentido de prevenir ou protelar a sua ocorrência, como no caso das catástrofes naturais e doenças.

Desta forma, o atendimento a pacientes terminais, ou melhor, a pessoas perto do final de suas vidas, é uma outra situação de extrema dificuldade. A par de problemas clínicos relacionados ao bom atendimento do paciente, no sentido de evitar ao máximo os desconfortos e sofrimentos que são próprios das doenças que provocam direta ou indiretamente a morte dos pacientes, uma série de questões morais significativas também surgem neste contexto de terminalidade de vida.

Os profissionais de saúde devem utilizar medidas ordinárias ou extraordinárias para manter o paciente vivo? O que são medidas fúteis nestas circunstâncias? Medidas ordinárias são, geralmente, aquelas de baixo custo, pouco invasivas, convencionais e tecnologicamente simples. As extraordinárias costumam ser caras, invasivas, heroicas e de tecnologia complexa. Estas definições certamente abordam de maneira simplista uma questão muito complexa. Por exemplo: a alimentação enteral por sonda na maioria das vezes é uma medida ordinária, mas quando utilizada num paciente em estado vegetativo permanente ela passa a ser uma medida extraordinária para mantê-lo vivo? As medidas fúteis são aquelas com baixíssima chance de serem eficazes, não importando o número de vezes em que são utilizadas, ou seja, são medidas que acrescentam riscos ou desconfortos e não trazem benefícios. A obstinação terapêutica é condenada, inclusive por religiosos, que a caracterizam como prolongamento indevido do sofrimento natural.

Pode, ou deve, o médico ajudar uma pessoa a morrer? Esta pergunta nos remete imediatamente para aos conceitos de eutanásia e do suicídio assistido.

A palavra suicídio tem origem grega significando “assassino de si mesmo”. Duas definições de suicídio são usualmente empregadas, uma é a que o considera como sendo um ato voluntário pelo qual uma pessoa tem a intenção e provoca a

sua própria morte, a outra caracteriza-o como sendo um ato patológico de auto eliminação. O suicídio pode ser realizado por atos ou por omissão. O que é comum a ambas as formas de suicídio é a introdução de uma causa de morte, não existente anteriormente<sup>3</sup>.

Desde o ponto de vista da existência ou não de auxílio externo, o suicídio por ser classificado em três grandes categorias: suicídio não-assistido, suicídio facilitado e suicídio assistido<sup>4</sup>.

O suicídio não-assistido é aquele que ocorre é cometido por uma pessoa que não tem qualquer atendimento por profissional da área da saúde, ou estando em atendimento, não deu evidências desta possibilidade.

O suicídio facilitado é aquele que ocorre quando um paciente está sendo atendido formalmente por um profissional, que tem conhecimento deste risco e dispõe de meios para evitá-lo. O profissional não causa o suicídio em si, mas pode ser considerado como negligente frente a uma situação de risco significativo como esta.

O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de um profissional para fazê-lo. A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita por atos, como a prescrição de doses excessivamente altas de medicação e da indicação de seu uso, ou, de forma mais passiva, através de persuasão ou de encorajamento. Em ambas as formas, alguém contribui para a morte de outra, por compactuar com a sua intenção de morrer<sup>5</sup>. Vale ressaltar que independentemente do tipo de suicídio, todos são ações executadas pela própria pessoa, e não por terceiros.

A eutanásia ocorre quando alguém deliberadamente faz uma ação ou uma omissão no sentido de permitir a morte de uma pessoa que supostamente está

---

<sup>3</sup> deBlois J, Norris P, O'Rourke K. A primer for health care ethics. Washington: Georgetown, 1995:182

<sup>4</sup> Salvatore A. *Professional Ethics and Suicide: Toward an Ethical Typology.* *Ethics, Law, and Aging Review* 2000;(6): 257-269.

<sup>5</sup> deBlois J, Norris P, O'Rourke K. A primer for health care ethics. Washington: Georgetown, 1995:182.

sofrendo. Atualmente a eutanásia pode ser classificada de várias formas, de acordo com o critério considerado.

Quanto ao tipo de ação, a eutanásia pode ser ativa, passiva ou de duplo efeito. A eutanásia ativa é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos. A eutanásia passiva ou indireta é aquela onde a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento. A eutanásia de duplo efeito ocorre quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal. A morte sobrevém como um efeito colateral não desejado, que pode ser até conhecido, mas não é o objetivo da ação realizada.

Quanto ao consentimento do paciente, podem existir, basicamente, três situações: a eutanásia voluntária, a involuntária e a não voluntária. A eutanásia voluntária é aquela que ocorre quando a morte é provocada atendendo a uma solicitação de vontade expressa pelo próprio do paciente. A eutanásia involuntária: é a realizada contra a vontade do paciente. Finalmente, a eutanásia não voluntária ocorre quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse tido oportunidade de manifestar sua posição em relação a ela, como por exemplo nos pacientes nunca capazes, portadores de problemas neurológicos graves que impedem a vida de relação, ou nos ainda não capazes, como os bebês. Esta classificação, quanto ao consentimento, visa estabelecer, em última análise, a responsabilidade do agente, no caso o médico. Esta discussão foi proposta por Neukamp, em 1937<sup>6</sup>. Todas as formas de eutanásia descritas anteriormente têm em comum o fato de serem ações realizadas por um profissional movido por um ato de compaixão frente ao sofrimento, tido como insuportável, de um paciente.

Vale lembrar que inúmeros autores utilizam de forma indevida o termo voluntária e involuntária no sentido do agente, isto é, do profissional que executa uma ação em uma eutanásia ativa. Classificam como voluntária a eutanásia intencional e involuntária a de duplo-efeito. Estas definições são inadequadas, pois a voluntariedade neste tipo de procedimento refere-se sempre ao paciente e nunca ao profissional, este deve ser caracterizado pelo tipo de ação que desempenha (ativa, passiva ou de duplo-efeito).

Historicamente, a palavra eutanásia admitiu vários significados, não relacionados ao atualmente utilizado. A apresentação das diferentes classificações,

---

<sup>6</sup> Neukamp F. *Zum Problem der Euthanasie. Der Gerichtssaal* 1937;109:403.

a seguir descritas, tem por objetivo permitir identificar definições que são atualmente consideradas como equivocadas, porém continuam a gerar confusões e ambiguidades.

A classificação proposta na Espanha, por Ricardo Royo-Villanova, em 1928<sup>7</sup>, utilizava eutanásia quase como sinônimo da morte em si:

- Eutanásia súbita: morte repentina;
- Eutanásia natural: morte natural ou senil, resultante do processo natural e progressivo do envelhecimento;
- Eutanásia teológica: morte em estado de graça;
- Eutanásia estoica: morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo;
- Eutanásia terapêutica: faculdade dada aos médicos para propiciar uma morte suave aos enfermos incuráveis e com dor;
- Eutanásia eugênica e econômica: supressão de todos os seres degenerados ou inúteis (sic);
- Eutanásia legal: aqueles procedimentos regulamentados ou consentidos pela lei.

No Brasil, também em 1928, o Prof. Ruy Santos<sup>8</sup>, da Bahia, propôs que a eutanásia fosse classificada em dois tipos, eutanásia-homicídio e eutanásia-suicídio, de acordo com quem executa a ação. A eutanásia-homicídio ocorreria quando alguém, médico ou familiar, realiza um procedimento para terminar com a vida de um paciente. A eutanásia-suicídio seria aquela em que próprio paciente é o executante. Esta talvez seja a idéia precursora do Suicídio Assistido. Esta classificação, embora antiga e pouco utilizada, ainda gera confusões conceituais, pois muitas pessoas ainda confundam a eutanásia com o suicídio assistido, que são procedimentos bastante distintos em vários aspectos.

---

<sup>7</sup> Royo-Villanova Morales. *Concepto y definiccón de la eutanásia*. Zaragoza: La Academia, 1928:10.

<sup>8</sup> Santos R. *Da euthanásia nos incuráveis dolorosos*. These de doutoramento. Bahia; \_\_, 1928:6-7.

Finalmente, o Prof. Jiménez de Asúa<sup>9</sup>, em 1942, propôs que existem, a rigor, apenas três tipos:

- Eutanásia libertadora, que é aquela realizada por solicitação de um paciente portador de doença incurável, submetido a um grande sofrimento;
- Eutanásia eliminadora, quando realizada em pessoas, que mesmo não estando em condições próximas da morte, são portadoras de distúrbios mentais. Justifica pela "carga pesada que são para suas famílias e para a sociedade";
- Eutanásia econômica, seria a realizada em pessoas que, por motivos de doença, ficam inconscientes e que poderiam, ao recobrar os sentidos sofrerem em função da sua doença.

Estas ideias bem demonstram a interligação que havia nesta época entre a eutanásia e a eugenia, isto é, na utilização daquele procedimento para a seleção de indivíduos ainda aptos ou capazes e na eliminação dos deficientes e portadores de doenças incuráveis.

Os enfoques envolvidos na reflexão bioética sobre o tema do suicídio são múltiplos, podendo-se destacar os aspectos morais, legais, sociais, psicológicos, culturais, assistenciais, profissionais, políticos, econômicos e espirituais.

## **Aspectos Morais**

As condutas humanas podem ser avaliadas desde o ponto de vista moral por três diferentes modelos: bivalente, trivalente e tetravalente, de acordo com o número de categorias morais associadas.

O modelo bivalente classifica todas as condutas em apenas duas duas categorias. Nesta perspectiva, as condutas humanas associadas ao bem são obrigatórias e as associadas ao mal são proibidas. Esta é, talvez, a visão moral mais difundida e utilizada.

---

<sup>9</sup> Jiménez de Asúa L. *Libertad para amar y derecho a morir*. Buenos Aires: Losada, 1942:476-477.

No modelo trivalente, é acrescida uma terceira categoria moral. Uma conduta pode ser moralmente permitida, não sendo considerada nem boa nem má. A conduta permitida é moralmente indiferente.

O modelo tetravalente agrega uma quarta categoria moral, a suprarrogação. Esta categoria é atribuída a ações ou não-ações situadas além da obrigação com relação ao bem e além da proibição com relação ao mal. Quando alguém faz uma ação considerada boa além do seu dever merece ser elogiado, ou quando deixa de fazer uma ação desencorajável também deve merecer elogios, por ser considerada uma conduta suprarrogatória. Esta conduta pode ser exemplificada por inúmeras situações vivenciadas por pessoas consideradas como santas ou heróis.

Aplicando-se os modelos à conduta suicida ela pode assumir diferentes conotações morais. Se o modelo bivalente for utilizado, o suicídio será considerado como proibido ou obrigatório. A proibição ao suicídio é a mais habitual, contudo, em algumas situações muito excepcionais ele pode ser considerado como uma conduta obrigatória.

A proibição ao suicídio se baseia na noção de que o ser humano é apenas guardião da vida, que ela é um bem que lhe é concedido, que pode usufruir, mas não dispor. Esta questão já foi abordada por inúmeros autores desde a antiguidade, como Platão, Aristóteles, Marco Aurélio. Se a pessoa é apenas guardiã, o término da sua própria vida é proibido, pois é apenas um bem que pode ser usufruído, mas não é passível de destruição voluntária.

Santo Agostinho, no século VII, considerava o suicídio como uma conduta proibida, equiparando-a ao homicídio, proibido pelo quinto mandamento – Não Matar. Santo Ambrósio, que era seu contemporâneo, aceitava uma exceção a esta proibição, pois propunha que uma virgem deveria optar por morrer a ser violada.

Um exemplo de suicídio considerado como moralmente obrigatório foi o que ocorreu com a comunidade do Templo do Povo na Guiana. Em novembro de 1978, 914 pessoas, incluindo mais de 200 crianças, membros do Tempo do Povo, se suicidaram. Esta seita era dirigida pelo líder religioso Jim Jones, em Jonestown, na Guiana, que também se suicidou. Este grupo religioso, originalmente sediado em Indianápolis e posteriormente em San Francisco, nos Estados Unidos, se deslocou para a Guiana, onde fundou esta vila, que recebeu a sua denominação em homenagem ao seu líder. Esta migração ocorreu após a denúncia de problemas envolvendo o seu líder em questões políticas, religiosas e de malversação de recursos. Segundo alguns depoimentos, o líder religioso determinou que o suicídio era uma obrigação moral de seus seguidores, sendo que os que relutaram em praticá-lo foram mortos pelos demais membros da seita que após se suicidaram.



O modelo trivalente possibilita encarar o suicídio de uma terceira forma, como uma conduta permitida. Esta é a categoria utilizada pelos defensores da ideia de que o suicídio é um direito da pessoa, que pode ser assumido como uma alternativa de sua característica de autodeterminação. Tomar ou não essa decisão não teria uma conotação moral, pois faria parte das alternativas permitidas. Um dos mais destacados textos sobre este tema talvez seja o escrito por David Hume, publicado em 1783, denominado *On Suicide*<sup>10</sup>. Neste texto, Hume defende a ideia de que o ser humano é proprietário de sua vida, podendo desta forma dispor dela como bem lhe aprouver.

O suicídio, de acordo com a primeira concepção, sendo a vida uma propriedade da pessoa terminá-la não seria moralmente reprovável, pois seria alternativa permitida, não sendo nem obrigatória nem proibida.

O modelo tetraivalente permite ampliar as possibilidades de interpretação moral do suicídio. Além das três categorias anteriores agrega a da suprarrogação. Uma pessoa que, em função de uma necessidade coletiva se sacrifique voluntariamente, merece elogios, respeito e até mesmo contrapartidas materiais por parte da sua comunidade. Isto pode ser aplicado a todos os profissionais que enfrentam situações de alto risco no desempenho de suas funções. O adicional de periculosidade nos salários de algumas categorias seria um exemplo disto. Profissionais que assumem tarefas que sabidamente resultarão em sua morte, porém permitirão salvar a vida de muitas outras pessoas, são considerados heróis, merecedores de elogios e admiração. Um exemplo desta situação ocorreu quando do acidente a Usina Termonuclear de Chernobyl, na Ucrânia, quando foi necessário estancar a perda de radiação. Isto só seria possível com sucessivos vôos de helicóptero sobre o cone de dispersão da radiação. Os pilotos estariam recebendo doses sabidamente letais, mas com isto evitariam uma catástrofe ainda maior. A situação foi apresentada aos pilotos que estavam na área do acidente e alguns se ofereceram voluntariamente para realizar a tarefa, mesmo sabendo que a sua chance de sobrevivência era nula. Por outro lado, assumir riscos de vida muito elevados e desnecessários, como por exemplo em alguns esportes, ditos radicais, pode ser considerado como sendo uma conduta a ser desencorajada. Se a pessoa desiste desta prática, pode ser elogiada, caso persevere não tem como ser impedida de fazê-lo.

---

<sup>10</sup> Hume D. Essays on suicide and immortality. [1783] disponível em URL: <http://www.anselm.edu/homepage/dbanach/suicide.htm> (acessado em 10/11/2003)

## Aspectos Legais:

Em tempos passados, na Grécia, o suicídio já foi realizado por imposição legal, como uma forma de pena de morte. Um exemplo notório deste procedimento foi a condenação de Sócrates.

Existe a crença de que o suicídio é considerado um crime. Em alguns países como os Estados Unidos a descriminalização do suicídio ocorreu na primeira metade do século XX. Durante o período em que o suicídio era considerado crime a pena para os suicidas era o confisco de seus bens<sup>11</sup>.

A lei contudo estabelece punição para quem auxilia outra pessoa a se matar. O Código Penal brasileiro, de 1940, tem um artigo específico sobre suicídio.

Art 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único. A pena é duplicada:

Como se pode verificar, existe a penalização para quem auxilia o suicida, mas não para o suicida propriamente dito. Este artigo veda a possibilidade de realização do suicídio assistido no Brasil.

De forma oposta, O estado norte-americano do Oregon aprovou uma Lei sobre Morte Digna (Measure 16), que foi a primeira legalização de suicídio assistido nos EEUU, em 08 de novembro de 1994. A lei, com a finalidade de evitar um debate mais acirrado sobre o tema, afirma que este procedimento não se constitui em eutanásia, suicídio ou suicídio assistido.

Esta lei estabelece todos os critérios mínimos a serem atingidos para que uma pessoa possa ter acesso a prescrição de medicamentos e de informações que lhe possibilitarão morrer. O médico assistente deverá chamar um colega em consultoria

---

<sup>11</sup> Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. 4ed. New York: McGraw-Hill, 1998:148-151.

para confirmação do diagnóstico. Também poderá ser feita uma avaliação da capacidade da pessoa que está solicitando o procedimento, a ser feita por um profissional habilitado. Os prazos mínimos para reflexão foram estabelecidos, assim como os instrumentos necessários para a documentação adequada de todos os critérios, prazos e manifestação de vontade.

No dia 05 de novembro de 1997 foi feito um plebiscito no estado do Oregon com o objetivo de rejeitar a continuidade da lei vigente. O resultado, com uma participação de 80% dos eleitores aptos, foi de 60% pela manutenção da lei e 40% pela sua revogação. O governo dos Estados Unidos está estudando sanções contra os médicos do estado do Oregon que participarem de alguma forma dos procedimentos de um suicídio assistido. O Procurador Geral dos EEUU tem o poder de cassar a licença de um médico que prescrever uma substância para um paciente fora das indicações de uso consagradas e liberadas legalmente. Prescrever barbitúricos para um paciente terminal, como possibilita a Lei do Oregon, se enquadraria perfeitamente nesta situação.

Muitas pessoas já morreram após ingerirem doses letais de drogas, porém outras, que também havia solicitado auxílio para morrer, desistiram da idéia após receberem tratamento paliativo, especialmente controle de dor, tratamento para a depressão ou encaminhamento para hospices.

## **Aspectos Sociais:**

O suicídio pode gerar estigma para a pessoa do suicida e para as pessoas a ele relacionadas. Isto faz com que, muitas vezes esta situação seja acobertada e alterada em registros e histórias familiares. Isto pode dificultar a obtenção de dados e até mesmo a realização levantamentos individuais e familiares deste tipo de ocorrência. Historicamente, o suicídio é associado a uma falta grave, ao desespero de não poder repará-la, como no caso da morte de Judas Iscariótes. Este estigma pode fazer com que a pessoa que deseja realizar uma ação deste tipo procure mascará-la, talvez como um acidente, como os de trânsito ou quedas de edifícios, por exemplo.

Por outro lado, o suicídio, ou a sua tentativa frustrada, podem ser interpretados como sendo um pedido de ajuda, uma forma extrema de chamar a atenção para si e para os seus problemas.

A imprensa, de maneira geral, evita a divulgação de suicídios, pois teme que estes episódios possam servir como elemento facilitador para que outras pessoas

também se matem. Esta situação se baseia no princípio de que a divulgação de informações deste tipo pode banalizar uma situação tão dramática. Desta forma, o estigma serviria de fator impeditivo para a consecução do ato suicida e a sua divulgação atenuaria.

## **Aspectos Psicológicos:**

Um importante elemento na discussão do tema do suicídio é até que ponto este ato é efetivamente voluntário. A auto-determinação está presente em todos os suicidas? É óbvio que não! Nisto se baseia a abordagem de pessoas que estão em vias de cometer o suicídio. Os negociadores buscam resgatar a existência de alternativas para a resolução da situação em que esta pessoa se encontra, além da morte, com o restabelecimento de vínculos.

Foi baseado nesta presunção de não-voluntariedade que os suicidas foram tendo a sua carga de culpa moral e legal atenuada, pois o ato pode ser creditado a um momento de desespero, de depressão, de perda de noção de futuro. O reconhecimento desta perda da capacidade de decidir no seu melhor interesse e a possibilidade de arrependimento do ato realizado, ainda que tardio, é que valida eticamente o atendimento médico aos suicidas. Caso contrário, haveria um impedimento de realizá-lo, pois contrariaria o princípio do Respeito à Pessoa. O princípio do Respeito à Pessoa tem como uma de suas bases o reconhecimento de um indivíduo, capaz e competente pode dispor do seu corpo como bem lhe aprouver. Isto foi estabelecido através de inúmeras publicações filosóficas e consagrado na sentença do caso Schloendorff, em 1914, na sentença escrita pelo juiz Benjamin Cardozo.

Uma outra característica associada ao aspecto psicológico é o processo de tomada de decisão. Além das características habitualmente consideradas como sendo racionais da escolha de uma ação a ser executada, existem outros dois importantes componentes deste processo que são o sistema de crenças e os desejos associados. Ambos, crenças e desejos, influenciam todo o processo, desde a interpretação da realidade, entendimento da situação, levantamento de alternativas e opção pela que o indivíduo julga ser a mais adequada. Em todas estas etapas tanto as crenças como os desejos podem atuar de forma notável. Buscar conhecer as crenças e desejos associados ao suicídio é fundamental para entender o processo como um todo.

## **Aspectos Culturais:**

Existem alguns povos ou grupos sociais onde o suicídio é uma prática cultural. Os indígenas Suruahá, do estado do Amazonas. Este grupo indígena brasileiro, também conhecido como o “povo do veneno”, utiliza o mesmo cipó timbó, veneno para praticar a pesca, em seu suicídio. Poucos velhos são encontrados neste povo, e vistos como aqueles que não cumpriram o ritual. Algumas vezes a tentativa de suicídio é utilizada apenas como um ritual para elaboração da perda de um ente querido, sem que haja a clara intenção de morrer naquele momento. É utilizada como uma manifestação de dor pela perda.

Em sociedades diferentes como a japonesa, prussiana e maya a prática do suicídio era aceita e recomendável, em determinadas situações. Na sociedade japonesa a prática do suicídio, com o harakiri, era proposta como forma de reparar faltas consideradas graves, especialmente entre oficiais militares. O ritual era claramente estabelecido e sempre realizado através de um profundo corte no abdômen. Os oficiais do exército da Prússia, quando impossibilitados de saldarem suas dívidas contraídas em jogos de azar, também deveriam se matar, como forma de preservar a sua honra. Na cultura maya o suicídio por enforcamento era recompensado com um lugar especial no paraíso. As demais formas de suicídio eram consideradas inadequadas.

De modo geral, as sociedades fazem o elogio do sacrifício voluntário da própria vida, reconhecido com um ato de doação ou de bravura. Esta conduta elogiável é suprarrogatória, por que está além do dever.

## **Aspectos Econômicos**

O suicídio tem implicações econômicas, tanto quando a pessoa morre quando sobrevive. Vários planos de seguro saúde não cobrem despesas decorrentes de atendimentos médicos e de hospitalização decorrentes de uma tentativa de suicídio. Da mesma forma, quando uma pessoa efetivamente morre de um ato suicida, muitas seguradoras não pagam as apólices de seguro de vida, por se tratar de uma morte intencional praticada pela própria pessoa que contratou o seguro. Nestas duas situações cabem algumas reflexões. O suicídio pode até ser considerado como um ato intencional, a questão é estabelecer a efetiva voluntariedade do ato em si. Até que ponto a pessoa que cometeu um suicídio ou uma tentativa de suicídio estava plenamente capaz de se auto-determinar? Esta é uma dúvida que pode influenciar uma alteração nesta posição de negar os benefícios. Caso o paciente seja considerado como não capaz no momento de sua tentativa de suicídio elimina-se a voluntariedade e, conseqüentemente, ele deve ser

tratado como todo e qualquer paciente. Este mesmo raciocínio pode ser utilizado para o pagamento de seguros de vida.

## **Aspectos Assistenciais**

O atendimento de pacientes que sobrevivem a tentativas de suicídio pode levar, dependendo do referencial utilizado, a dilemas e conflitos de deveres e direitos. Se o suicídio é considerado como um ato efetivamente voluntário, o médico e os demais profissionais de saúde não teriam o direito, e muito menos o dever associado de tratar e buscar resgatar a vida desta pessoa. Isto seria um ato contrário aos seus interesses, contra a sua capacidade de se autodeterminar, seria um desrespeito à sua pessoa. Porém, se a tentativa de suicídio for associada a um momento de fragilidade de tomada de decisão sem a plena capacidade de julgar o seu melhor interesse, o referencial moral e legal se modifica. Os profissionais de saúde, assim como quaisquer outras pessoas, devem buscar todas as alternativas de tratamento para o paciente.

O Código de Ética Médica, de 1988, prevê esta possibilidade em pelo menos um de seus artigos, que inicia o capítulo referente aos Direitos Humanos:

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Isto se torna extremamente relevante quando a tentativa de suicídio ocorre dentro dos hospitais. Se a comorbidade depressiva for considerada como um fator de risco para o suicídio, ela deveria merecer uma maior atenção de todos os profissionais que atendem os pacientes. Os médicos não-psiquiatras diagnosticam depressão em cerca de 10% dos pacientes hospitalizados e as enfermeiras ao redor de 6%. A prevalência média de depressão nos pacientes não-psiquiátricos adultos oscila entre 19% e 51%, de acordo com inúmeros estudos realizados. Em um recente projeto de pesquisa sobre depressão em pacientes adultos internados em especialidades clínicas e cirúrgicas de um hospital geral universitário, realizada por dois dos autores (SCEPM e JRG) foram encontrados dados bastante preocupantes, ainda não publicados anteriormente. Um dos instrumentos utilizados foi o Beck Depression Inventory (BDI), um de seus itens aborda especificamente a questão do suicídio. As duas amostras pesquisadas totalizaram 499 pacientes, destes, 35 pacientes, ou seja, 7,0% assinalaram as alternativas que variam de “tenho idéias de me matar, mas não as executaria” até “eu me mataria se tivesse oportunidade” (tabela 1).

Tabela 1 – Resultados de duas amostras de pacientes adultos clínicos e cirúrgicos internados em um hospital geral universitário ao item do Beck Depression Inventory (BDI) relativo ao suicídio (n=499).

Alternativa	n	fr
Não tenho qualquer idéia de me matar	464	93,0%
Tenho idéias de me matar, mas não as executaria	19	3,8%
Gostaria de me matar	6	1,2%
Eu me mataria se tivesse oportunidade	10	2,0%

Os profissionais de saúde podem desenvolver reações contratransferenciais importantes em relação ao paciente suicida, especialmente o que é atendido inúmeras vezes após tentativas diversas. Os profissionais podem ficar com a sensação de que estão “perdendo tempo”, que os recursos poderiam ser alocados para outros pacientes. Este fator também deve merecer atenção das instituições para evitar a possibilidade de inadequações no atendimento destes pacientes, inclusive com o fornecimento de informações ou meios para que o paciente concretize a sua suposta vontade.

Os hospitais têm que estabelecer políticas institucionais que estabeleçam medidas de contingência no sentido de prevenir a ocorrência de suicídios de pacientes internados e rotinas de atendimento caso ocorram. Estas rotinas têm que contemplar as medidas de apoio aos profissionais envolvidos neste tipo de atendimento, em especial no que diz respeito a sua segurança, disponibilizando treinamentos e equipamentos adequados.

Um outro aspecto assistencial importante, é diferenciar o paciente que não quer mais ser tratado daquele que quer se suicidar. Em ambas situações o desfecho

pode ser a morte, mas nem por isto ambas são equiparáveis. O primeiro paciente não quer tirar a sua própria vida, mas quer a possibilidade que a morte possa vir a ocorrer como consequência do seu quadro clínico atual. O segundo toma ações concretas no sentido de introduzir um outro fator para causar a sua própria morte. Um paciente Testemunha de Jeová não contempla a possibilidade de transfusão sanguínea em respeito a preceitos religiosos, caso haja a necessidade de receber sangue ou seus derivados ele não autorizará este procedimento com base em sua crença religiosa. Isto, contudo, não configura esta situação como uma tentativa de suicídio, onde pode ser levantada a hipótese de fragilização, e consequente permissão para as equipes de saúde atenderem ao paciente, mesmo contra a sua vontade.

Outro ponto de extrema importância no atendimento deste tipo de paciente é o que diz respeito a privacidade das informações e do próprio paciente em si. A confidencialidade é um dever associado a todo e qualquer atendimento prestado por um profissional de saúde. As informações surgidas no contexto dos atendimentos devem ser resguardadas e consideradas todas elas como privilegiadas, desde o ponto de vista do profissional, e sensíveis, desde o ponto de vista do paciente. Quando possível, deve ser estabelecido com o paciente o limite de revelação destas informações para outras pessoas não envolvidas no seu assistencial atendimento direto. Estas medidas de prevenção contra exposição indevida destes pacientes devem ser compartilhadas com todos os profissionais que possam vir a ter acesso ao paciente ou aos seus registros.

## **Aspectos Espirituais**

A grande maioria das religiões e práticas religiosas não aceitam o suicídio, por considerarem que este ato contraria o princípio de que a vida é uma dádiva de um ser superior. Durante muito tempo, nas religiões ocidentais a constatação de que uma pessoa tivesse cometido o suicídio alterava uma série de práticas. Havia o impedimento de que fossem realizadas cerimônias fúnebres, o enterro era realizado fora da área considerada sagrada dos cemitérios e de forma diferente da habitual, inclusive quanto a posição do cadáver na sepultura. Isto era realizado pois a pessoa havia atentado contra a própria vida, não respeitando o curso natural. Os suicidas interromperiam um processo que deveriam passar e por isso não deveriam ter acesso às práticas religiosas habituais.

Na religião judaica o suicídio é condenado, tanto na Bíblia (*Genesis 9:5*) quanto no Talmude (Baba Kama 90b). Em ambos livros sagrados existem citações que demonstram a inadequação do suicídio.



Na Igreja Católica Apostólica Romana, por exemplo, o tema do suicídio assumiu importância a partir de Santo Agostinho, devido a sua equiparação ao homicídio. Em 452 dC, o Concílio de Arles considerou o suicídio como um ato repugnante. Os concílios de Orleães (533 dC) e de Braga (563 dC) estabeleceram sanções para os suicidas. A proibição do sepultamento em cemitérios católicos foi estabelecida no Concílio de Toledo (693 dC), devido ao fato de estas pessoas serem consideradas como tendo morrido em pecado. O Código Canônico de 1917 incorporou estas resoluções conciliares, especificamente no Cânon 1240. Na reformulação do Código Canônico, proposta em 1959, pelo Papa João XXIII, e implantada em 1983, pelo Papa João Paulo II, as restrições aos suicidas foram retiradas do Cânon 1184. Posteriormente, o Papa João Paulo II reiterou a posição de Santo Agostinho na sua encíclica *Evangelium vitae*, de 1995, afirmando no item 66, que o “suicídio é sempre tão moralmente censurável quanto o assassinato”. Este documento ressalta, porém que existem profundas diferenças morais entre limitar o uso de recursos extraordinários e as práticas do suicídio, eutanásia e assassinato.

A religião islâmica também condena o suicídio. Aqueles que o cometerem não terão acesso ao paraíso e terão os castigos do inferno, de acordo com os preceitos contidos na lei islâmica - Sharia.

Nas religiões orientais, como o Budismo Tibetano, por exemplo, quando um suicídio era constatado, as práticas religiosas eram ampliadas. A finalidade de realizar meditações e cerimônias especiais é a de permitir que a consciência do suicida se libertasse desta situação também reconhecida como inadequada, mas ainda passível de ser compreendida dentro da perspectiva da compaixão.

No passado existiram algumas religiões que preconizam o suicídio como uma prática recomendável. Na Índia, a viúva que aceitava ser cremada junto com o seu marido, em uma prática denominada Sati, tinha benefícios para si própria, pois iria diretamente ao paraíso, e para os seus ancestrais, que seriam resgatados do inferno, caso lá estivessem. Esta mulher poderia ser reconhecida como uma “deusa” e poderia ter templos erigidos em sua homenagem.

## **Considerações Finais**

A Bioética, entendida como uma Ética Inserida na Prática, tem como objetivo buscar justificativas para as ações humanas, verificando a sua adequação ou a inadequação. O tema do suicídio é um dos grandes desafios para a Bioética. Os conflitos entre os diferentes princípios, especialmente entre o da Beneficência e o do Respeito à Pessoa, na sua característica de autodeterminação, pode gerar dúvidas e desconfortos. Existem muitos casos que podem ilustrar situações de

suicídio ao longo da história, muitos deles conflitantes entre si. As diferenças culturais e históricas também podem gerar problemas para o adequado entendimento do real sentido de todo o problema relacionado ao suicídio.

A Bioética baseada na Complexidade pode facilitar a discussão de situações que ocorrem no dia-a-dia da prática profissional ao buscar esclarecer o problema que está gerando o questionamento quanto a sua adequação ética, através do levantamento dos fatos, circunstâncias, alternativas e consequências, cotejando-os com o referencial teórico e com os casos a ele relacionáveis. Vale lembrar, também, o importante papel desempenhado pelo sistema de crenças e pelos desejos de todas as pessoas envolvidas, sejam pacientes, familiares ou profissionais. A compreensão de que toda e qualquer ação humana é multifatorial é fundamental dentro deste contexto. A Bioética deve sempre buscar realizar as suas reflexões utilizando um referencial pluralista, interdisciplinar e contemporâneo para a abordagem das questões surgidas na prática.

Apenas para uso didático