



Juraciara Vieira Cardoso

**Ortotanásia: o tempo certo da morte
digna: Uma análise sobre o fim da
vida à luz dos direitos fundamentais**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Direito da PUC - Rio.

Orientador: Florian Fabian Hoffmann
Co-Orientador: Alexandre Travessoni Gomes

Rio de Janeiro, fevereiro de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Juraciara Vieira Cardoso

**Ortotanásia: O tempo certo da morte
digna. Uma análise sobre o fim da vida
à luz dos direitos fundamentais**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Florian Fabian Hoffmann

Orientador
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Márcia Nina Bernardes

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Alexandre Travessoni Gomes

Departamento de Direito – PUC-MG

Prof. José Ricardo Ferreira Cunha

UERJ

Prof. Nizar Messari

Vice-Decano de Pós-Graduação do Centro de
Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 31 de março de 2008.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Juraciara Vieira Cardoso

Graduou-se em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em 2003. Participou de diversos congressos e cursos na área de bioética, medicina geriátrica e tanatologia. É professora universitária de Filosofia do Direito Penal, Direito de Família e Processo Legislativo na Faculdade de Direito de Oliveira (FEOL).

Cardoso, Juraciara Vieira

Ortotanásia : o tempo certo da morte digna : uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais / Juraciara Vieira Cardoso ; orientadores: Florian Fabian Hoffmann, Alexandre Travessoni Gomes. – 2008.

231 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Direito)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Ortotanásia. 3. Eutanásia. 4. Suicídio assistido. 5. Distanásia. 6. Morte. 7. Dignidade. 8. Autonomia. 9. Vida. 10. Direitos fundamentais. I. Hoffmann, Florian Fabian. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de

CDD: 340

A João Gabriel e Maria Clara, por mudarem minha vida de modo tão poético.

Ao meu amor, José Milton: o maior incentivador que alguém poderia ter. A você,
meu eterno carinho, sem você nada teria sentido, nem a minha própria
existência.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a meu Orientador, Prof. Dr. Florian Fabian Hoffmann, pela generosidade nos esclarecimentos que se fizeram indispensáveis à concretização deste trabalho e, antes de tudo, pelo incentivo, que me foi tão valioso.

Do mesmo modo, agradeço ao meu Co-Orientador, Prof. Dr. Alexandre Travessoni Gomes, pela dedicação e interesse pelo tema e pela sabedoria com que se fez meu guia seguro durante esta pesquisa.

Agradeço a minha família: a meus filhos, meu amor incondicional. Obrigada pela paciência com que souberam me esperar; a minha mãe, por com ela ter aprendido a consciência sobre a existência e importância do *outro*; ao meu amor, pelos debates sobre a vida e a morte e pela paciente correção nos assuntos médicos.

Agradeço a Antônio Morelli, pelos valiosos debates e, acima de tudo, por cuidar da minha mente, enquanto minha cabeça estava inteiramente voltada para esta pesquisa.

Aos amigos, Helder Amorim, pelos instrutivos diálogos entabulados e pelas preciosas tardes de ansiedade dividida, e a Karina Chamone Paschoalim, pela grande sabedoria com que discutiu comigo o tema, me auxiliando e incentivando – e pela companhia sempre certa e o amor gentilmente me ofertado.

Agradeço aos funcionários do Departamento de Direito, tanto da PUC - Rio quanto da D. Helder Câmara, especialmente na pessoa de Kêvia Carolina.

Agradeço aos meus alunos, pelo constante aprendizado e por fazerem real o meu sonho de ensinar: a vocês direciono esta pesquisa.

Agradeço, por fim, a todos que de alguma forma tiveram participação neste trabalho: quanto às considerações que fizeram, algumas foram bem-vindas e em muito contribuíram para o resultado final. As que não usei, talvez reflitam a árdua tarefa de ter que mudar a mim mesma antes da obra.

RESUMO

Cardoso, Juraciara Vieira; Hoffmann, Florian Fabian; **Ortotanásia: o tempo certo da morte digna. Uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais.** Rio de Janeiro, 2008. 231 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O tema da ortotanásia, morte ocorrida no tempo certo, vem tomando impulso na atualidade, devido a uma cultura de negação extremada da finitude. Somado a isso, os avanços médico-tecnológicos podem fazer com que o processo de morte aconteça de modo injustificadamente lento e doloroso. A fim de promover uma melhor compreensão do tema, que envolve questões filosóficas, antropológicas, sociológicas, científicas, morais, éticas, religiosas, além de jurídicas, a pesquisa propõe uma ampla abordagem da morte na atualidade, a fim de que o direito de morrer com dignidade não seja tratado sob o ponto de vista estritamente jurídico. Partindo deste exame interdisciplinar da morte, a pesquisa buscará delimitar situações e conceitos diretamente ligados ao tema para que, então, possa oferecer distinções analíticas entre eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia, demonstrando que, à luz dos direitos fundamentais, esta última se apresenta como uma solução jurídica, ética e moralmente aceitável, ao proporcionar a máxima concretização dos princípios constitucionais envolvidos na matéria: o direito à vida, à dignidade e à autonomia. Trata-se, em suma, de um estudo intradogmático, que busca respostas a partir de um diálogo interdisciplinar, inspirado na efetividade e na unidade Constitucional.

Palavras-chave

Ortotanásia. Eutanásia. Suicídio assistido. Distanásia. Morte. Dignidade. Autonomia. Vida. Direitos fundamentais.

RESUMEN

Cardoso, Juraciara Vieira; Hoffmann, Florian Fabian. **Ortotanásia: el tiempo cierto de la muerte digna. Un análisis sobre el fin de la vida a la luz de los derechos fundamentales.** Rio de Janeiro, 2008. 231p. Disertación de Maestría. Departamento de Derecho, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

El tema de la ortotanasia, muerte que ocurre en el tiempo cierto, viene tomando impulso en la actualidad, debido a una cultura de negación extremada de la finitud. Sumado a eso, los avances médico-tecnológicos pueden hacer con que el proceso de muerte suceda de modo injustificadamente lento y doloroso. Con el objetivo de promover una mejor comprensión del tema, que involucra cuestiones filosóficas, antropológicas, sociológicas, científicas, morales, éticas, religiosas, además de jurídicas, la investigación propone un amplio enfoque de la muerte en la actualidad, con el objeto del derecho de morir con dignidad no sea tratado bajo el punto de vista estrictamente jurídico. Partiendo de este examen interdisciplinar de la muerte, la investigación buscará delimitar situaciones y conceptos directamente relacionados al tema para que, entonces, pueda ofrecer distinciones analíticas entre eutanasia, distanasia, suicidio asistido y ortotanasia, demostrando que, a la luz de los derechos fundamentales, esta última se presenta como una solución jurídica, ética y moralmente aceptable, al proporcionar la máxima concretización de los principios constitucionales involucrados en la materia: el derecho a la vida, a la dignidad y a la autonomía. Se trata, por lo tanto, de un estudio intra-dogmático, que busca respuestas a partir de un diálogo interdisciplinar, inspirado en la afectividad y en la unidad Constitucional.

Palabras-clave:

Ortotanásia. Eutanasia. Suicidio asistido; Distanásia. Muerte. Dignidad. Autonomía. Vida. Derechos fundamentales.

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2.A Morte e o Morrer: uma análise sobre a finitude humana	17
2.1. Mudança de Paradigma na Finitude	17
2.1.1. O estudo da Morte: breve esboço	17
2.1.2. De Deus à Razão	20
2.1.3. A Morte Domada e a Morte Selvagem	22
2.2. A Morte Compreendida Enquanto Evento Antinatural	23
2.2.1. O Ser Humano e sua Essência de Vidro	24
2.2.2. Finitude como parte do Psiquismo Humano	25
2.3. A Cultura da Negação e suas Infinitas Possibilidades	27
2.3.1. Temor pela Privação da Vida	28
2.3.2. Receio da Falta de Dignidade na Terminalidade	30
2.3.3. A Morte do <i>Outro</i>	31
2.4. Morte: o tabu da modernidade	32
2.4.1. A Morte sem Protagonista	32
2.4.2. O Morto Enfeitado	34
2.4.3. Vivência do Luto	35
2.4.4. Troca de Tabu	36
2.5. O “Estranho” Ser Humano	37
2.5.1. Paradoxo Existencial	37
2.5.2. Transcendência e Finitude	39
2.6. Escapes (in)Seguros para o Enfrentamento da Finitude	40
2.6.1. O Ser para a Morte	40
2.6.2. Duas Grandes Formas de Auto-engano	41
2.6.2.1. Imortalidade por Meio da Religião	41
2.6.2.2. As Ideologias de Significação para a Existência	42
2.6.2.2.1. Ideologias Sociais	43
2.6.2.2.2. Ideologias Conformistas	43
2.6.2.2.3. Ideologias Pessoais	44
2.6.2.2.3.1. Culto a Juventude	45
2.6.2.2.3.2. Consumismo, Dinheiro e Poder	47

2.6.2.2.3.3. O Amor: sensual e romântico	48
2.6.3. Integridade da Existência pelo Caminho Ético	51
2.6.4. Apontamentos Conclusivos	53
2.7. Sociedade Anestésica	54
2.7.1. Dor e Sofrimento: distinção possível	54
2.7.2. Conseqüências da Analgesia Existencial na Terminalidade	55
2.8. Kierkegaard e Heidegger: a finitude enquanto fonte de aprendizado	56
2.8.1. Kierkegaard: possibilidade como traço caracterizador do ser humano	57
2.8.1.1. A Angústia da Escolha	59
2.8.1.2. A Finitude e a Possibilidade de Transcendência	60
2.8.1.3. A Possibilidade da Liberdade	62
2.8.1.4. Desespero: doença até a morte	63
2.8.1.5. A Fé	63
2.8.2. Heidegger e o <i>O Ser e o Tempo</i>	64
2.8.2.1. O <i>não-ser</i> como Possibilidade para Revelação do <i>Ser</i>	67
2.8.3. Heidegger e Kierkegaard: a finitude como educadora	69
3 Questões Médicas Envolvendo a Terminalidade	71
3.1. Formação do Profissional de Saúde	71
3.1.1. O Aprendizado Médico: estranheza da morte	72
3.1.2. Tanatologia	76
3.1.3. Medicina e Tecnologia	77
3.1.3.1. Relação Médico-Paciente	78
3.1.3.2. Racionalidade no Uso da Tecnologia	80
3.1.4. Paternalismo Médico e Autonomia do Enfermo	81
3.1.5. Paradigma Técnico-científico X Paradigma do Cuidado	84
3.2. Vida e Morte na Prática Médica	88
3.2.1. Critérios para Aferição de Morte	89
3.2.2. Parada Cardiorrespiratória	91
3.2.3. Cessação da Atividade Cerebral	92
3.2.4. Estados Intermediários	95
3.2.4.1 O Comatoso	96
3.2.4.2. Estado Vegetativo Persistente	98
3.3. Terminalidade e Cuidados Paliativos	99
3.3.1. Necessária Inserção ao Tema	99
3.3.2. Definição e Tipos de Enfermidades	102
3.3.3. Tratamento Fútil	103

3.3.4. Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica	104
3.3.5. Qualidade de Vida	106
3.3.6. Tratamento Integral: alívio da dor e do sofrimento	108
3.3.6.1. Palição da Dor	109
3.3.6.1.1. Anestesia Geral ou Sistêmica	111
3.3.6.1.2. Analgesia	112
3.3.6.1.2.1. Terapia de Duplo Efeito	112
3.3.6.2. Alívio do Sofrimento	114
3.3.7. Possibilidades de tratamento e terminalidade da doença	117
3.3.7.1. Internação Hospitalar	117
3.3.7.2. <i>Hospices</i>	118
3.3.7.3. Assistência Domiciliar	120
3.3.7.4. Apontamentos	121
4. Maneiras de Lidar com a Vida na Terminalidade	124
4.1. Eutanásia	124
4.1.1. Breve Histórico	124
4.1.2. Conceito de Eutanásia na Atualidade	126
4.1.3. Classificações do Procedimento Eutanásico	127
4.1.4. Possibilidades Legislativas para o Tratamento do Tema	128
4.1.5. Eutanásia no Direito Comparado	129
4.1.6. Tratamento da Eutanásia no Ordenamento Jurídico Brasileiro	133
4.1.6.1. O Consentimento do Paciente	135
4.1.7. Razões para o Florescimento da Eutanásia na Modernidade	137
4.1.8. Mistanásia: a eutanásia social	142
4.2. Auxílio ao Suicídio	142
4.2.1. Conceito	142
4.2.2. Legislação e Doutrina Brasileira sobre o Tema	143
4.2.3. Michigan: o <i>Anjo da Morte</i>	145
4.2.4. Suicídio Assistido no Estado do Óregon (EUA)	146
4.3. Distanásia	147
4.3.1. Considerações Gerais	147
4.3.2. Histórico e Conceito de Distanásia	148
4.3.3. Procedimento Distanásico no Ser Simbólico	150
4.3.4. Paradigmas Possíveis para o Tratamento das Enfermidades	152
4.4. Ortotanásia	154
4.4.1. Considerações Iniciais	154

4.4.2. Conceito de Ortotanásia	155
4.4.3. Direitos Humanos e Fundamentais Frente à Ortotanásia	157
4.4.3.1. Considerações Preliminares	158
4.4.3.2. Direitos Humanos para o Tratamento do Tema	161
4.4.3.3. Regras e Princípios na Constituição Brasileira	162
4.4.3.4. Bioética e Direito Biomédico	165
4.4.3.5. Princípio da Dignidade	166
4.4.3.5.1. A Idéia de Dignidade em Kant e Dworkin	169
4.4.3.5.2. A Dignidade Humana no Pensamento Jurídico Atual	173
4.4.3.6. Liberdade, Autonomia e Direitos Humanos	175
4.4.3.6.1. Conceito de Autonomia	177
4.4.3.6.2. Liberdade em Kant	177
4.4.3.6.3. Autonomia em Dworkin	179
4.4.3.6.3.1. Possível Crítica	180
4.4.3.7. Direito à Vida	182
4.4.3.7.1. O Conceito de Pessoa para os Direitos Humanos	184
4.4.3.7.2. O Direito de Morrer e Direito a uma Morte Digna	185
4.4.3.7.2.1. Princípio da Tolerância na Terminalidade	186
4.4.3.7.2.2. O Direito de Morrer Dignamente	189
4.4.4. Diferenciações Possíveis entre Eutanásia Passiva e Ortotanásia	192
4.4.5. Ortotanásia: direito ao exercício de autonomia, com preservação da dignidade e da vida	196
4.4.6. Legislação Brasileira sobre o Tema: projetada e em vigor	200
4.4.6.1. Anteprojeto de Reforma do Código Penal	201
4.4.6.2. Projeto de Lei do Senado Federal (n.116/2000)	202
4.4.6.3. Lei Estadual n.10.241/99 do Estado de São Paulo	204
4.4.6.4. Resolução n.1.805/06 do Conselho Federal de Medicina	206
4.4.6.4.1. Situação Atual	207
4.4.6.5. Comparativo das Legislações	209
5. Considerações finais	212
6. Bibliografia	216

“Viver perigosamente? Não é esse o problema.
Viver já é um perigo suficiente.
No entanto, cumpre aceitá-lo em vez de fugir dele”.
Comte-Sponville

1 INTRODUÇÃO

Não há uma doutrina filosófica, psicológica, teológica ou moral, que não chegue a uma idêntica conclusão: o ser humano sofre. Sofre em decorrência das vicissitudes próprias do fato de ter um corpo, enfermidade, dor, degeneração e das relativas à sua psique: tristeza, angústia, melancolia, desamparo. É o eterno dualismo corpo/alma ou soma/psique que, em tensão constante, faz com que o indivíduo se desenvolva em sua integralidade. Mas, ainda assim, a vida é boa e cabe a cada um desfrutá-la da maneira que melhor lhe convier. Contudo, obviamente, há limites para tal desfrute, uma vez o ser humano não vive sozinho, senão em uma comunidade. À sombra da vida sempre se encontra presente a morte, havendo inúmeras maneiras de se alcançar este derradeiro momento da existência.

O ser humano (mortal) de hoje é o mesmo de sempre, todavia, inserido em circunstâncias novas, que acabaram por transformar de modo significativo a maneira como concebe sua efemeridade. A não mais que quatro gerações, as doenças que levavam ao óbito eram freqüentes e, assim, o ser humano conseguia se preparar para seu fim acompanhando a extinção de seus pares. A morte acontecia na residência do moribundo e era quase uma cerimônia pública, na qual o próprio enfermo, além de organizar os preparativos para a sua extinção, também recebia a todos que ali quisessem ir para se despedir (conhecidos ou não). Nos dias atuais, a morte não é mais concebida como parte da vida, mas como um castigo, pois viria a pôr termo em uma existência que, não fosse a doença, *“jamais se extinguiria”*. Neste contexto, os avanços tecnológicos, que foram concebidos para possibilitar o florescimento humano, acabaram por se transformar em meios pelos quais os seres humanos tentam vencer sua própria finitude.

De modo paradoxal, quanto mais o ser humano se aproxima das explicações científicas de sua existência, maior é o perigo de desumanização no processo de cura – e no de morte. Os problemas envolvendo a terminalidade da vida suscitam questões médicas, éticas, sociológicas, filosóficas e jurídicas de grande monta, obrigando toda a sociedade a repensar os limites físicos do ser humano frente ao aparato tecnológico à sua disposição.

O que se apresenta hodiernamente é uma tendência em adiar o processo de morte de forma desmedida, não levando em consideração a noção de que o ser humano não é formado apenas por um corpo fadado à extinção, mas também dotado de uma dimensão simbólica, que não deve ser sacrificada em nome de um fantasioso desejo de imortalidade. Aliada à idéia de que o ser humano não deve morrer – amplamente difundida nas sociedades modernas -, é também possível encontrar a postura dos profissionais de saúde, preparados, desde os primeiros anos de faculdade, para a medicina curativa, sempre voltada para o físico dos sujeitos e quase nunca para seu simbolismo individual.

Conceitos como os de *vida* e de *morte* se tornaram extremamente fluidos e não passíveis de aferição precisa. Diante dos avanços científicos, a linha divisória entre o viver e o manter vivo nem sempre se encontra bem demarcada, principalmente em uma sociedade em que a morte se tornou estranha e os profissionais de saúde não se encontram preparados para lidar com a finitude.

O processo de morte do ser humano é iniciado, segundo Heidegger, com o nascimento e termina após os cortejos fúnebres. Quando já sem vida anímica, as células do corpo humano ainda continuam biologicamente ativas por algum tempo. O processo de morte a que se refere esta pesquisa se inicia quando não há mais possibilidade de prolongar a vida de modo satisfatório, em que toda e qualquer inserção terapêutica não representa mais que um acréscimo na agonia do moribundo.

Quando um paciente ingressa na fase de terminalidade de uma doença, ele, juntamente com a equipe que o assiste, bem como seus familiares, tem três opções: (a) ou reclama a possibilidade de extinção da vida; (b) ou ingressa com terapias inócuas no sentido de prolongar a quantidade de vida; (c) ou bem admite que a vida tem um caráter episódico e que à medicina não cabe o papel de prolongar um processo de morte que já se instalou.

Conforme dito, os avanços da ciência médica, associados a algumas trocas de significado no entendimento da morte, acabaram por criar um terreno fértil para o debate acerca da possibilidade de abreviação da vida ou para a suspensão de tratamentos médicos, que culminaram, em algumas partes do mundo, em legislações disciplinando o tema da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido. A idéia de que se teria um direito à morte, assim como se tem direito à vida, em grande medida, sustenta estas disciplinas jurídicas.

O objetivo aqui proposto é analisar criticamente cada uma das possibilidades para a terminalidade (eutanásia, suicídio clinicamente assistido,

distanásia e ortotanásia) frente à vida, à dignidade e à autonomia, todos direitos fundamentais.

Na tentativa de buscar ampliar o debate, não foram colacionadas na pesquisa apenas as perspectivas jurídicas envolvidas no tema da finitude humana, eis que a morte não é uma idéia de fácil cognição. Uma abordagem interdisciplinar se mostrou de suma importância, a fim de que, ao analisar a morte, o indivíduo consiga também se sentir mortal.

O objetivo da primeira parte do trabalho é o de apresentar o tema da morte, a fim de que a perspectiva jurídica não seja desvinculada das questões existenciais que a cercam. Durante as pesquisas realizadas para a elaboração deste trabalho, percebeu-se que em nenhum livro jurídico as decisões de final de vida dos pacientes moribundos são confrontadas com a mudança no entendimento da morte havida nas sociedades modernas. Apenas o jurídico é tratado, sem levar em consideração que muitas das decisões na terminalidade são o resultado da negação extremada da efemeridade humana.

Dessa forma, compreendendo a importância da análise abrangente, o que se buscou primeiro foi compreender a morte, seus significados na atualidade, bem como as maneiras pelas quais ela é negada, para, ao final, seguindo caminhos apontados pela filosofia, indicar maneiras pelas quais seria possível e recomendável ao ser humano aprender com sua efemeridade.

A segunda parte do texto dedica-se a apresentar as questões médicas subjacentes ao entendimento da terminalidade. Assim, primeiro é apresentada a perspectiva da medicina na condução terapêutica, demonstrando que ela é mais voltada para a cura do que propriamente para o cuidado, bem como o déficit no ensino médico neste sentido. Após, o conceito clínico de morte é exposto, bem como a situação do paciente comatoso e os que se encontram em estado vegetativo persistente para, então, ao final, colacionar a idéia do que seriam os cuidados paliativos na terminalidade, bem como esclarecer os conceitos ligados a essa nova forma de tratamento para os moribundos. Neste momento, é enfatizada a necessidade de se repensar o papel da medicina para o tratamento dos moribundos - compreendo-a como a arte da cura e do cuidado.

Na terceira e última parte faz-se uma abordagem crítica dos conceitos de eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia, em que também são colacionados os tratamentos dos temas no direito comparado, sua disciplina penal e o entendimento social de cada uma das práticas.

Ingressando mais propriamente no estudo da ortotanásia, ela é avaliada à luz dos direitos fundamentais à vida, à dignidade e à autonomia. Na primeira

parte do tópico, é abordado o surgimento histórico dos direitos humanos, que ocorre com a Revolução Americana e tem “*ressurgimento*” no pós-guerra, como expressão de direitos básicos. Sem os quais não seria possível o florescimento do ser humano, para, então, de modo crítico, estabelecer o que seria possível conceber como direito à dignidade, à autonomia e à vida. De posse dessas premissas, foi feita uma avaliação sobre o *direito de morrer* e o direito a uma *morte digna*, frente aos direitos humanos e fundamentais.

Finalmente, a título conclusivo, demonstra-se que a ortotanásia é uma maneira de ponderar o conflito entre os direitos fundamentais em choque na terminalidade, capaz de garantir a vida, e a dignidade e oportunizar o exercício de autonomia do enfermo.

A despeito do fato da pesquisa não corroborar a tese de que é necessária disciplina jurídica para a ortotanásia, concluindo por sua viabilidade, tanto do ponto de vista dos direitos fundamentais quanto dos direitos humanos, são apresentadas as legislações projetadas e positivadas sobre o tema no direito brasileiro, abrindo-se um comparativo entre elas. Assim é demonstrado o equívoco no entendimento do conceito acontecido no anteprojeto de reforma da Parte Especial do Código Penal e no Projeto de Lei do Senado Federal.

Não foi seguido o entendimento particular de nenhum autor ou corrente filosófica e as teses apresentadas sobre o tratamento jurídico para a ortotanásia são inspiradas em estudos sobre os direitos humanos e os fundamentais, em debates ocorridos no meio médico, bem como na compreensão de que a existência humana individual é efêmera e as escolhas pessoais, quando colidentes com bens humanos essenciais, não devem ser tomadas em sua literalidade ou suportadas de modo absoluto pelo Estado.

2

A Morte e o Morrer: uma análise sobre a finitude humana

2.1.

Mudança de Paradigma na Finitude

Eles não desejavam nada e eram serenos, não ansiavam pelo conhecimento da vida como nós ansiamos por tomar consciência dela, porque a sua vida era plena. Mas a sua sabedoria era mais profunda e mais elevada que a nossa ciência; uma vez que a nossa ciência busca explicar o quê é a vida, ela mesma anseia por tomar consciência da vida para ensinar os outros a viver; ao passo que eles, mesmo sem ciência, sabiam como viver. (DOSTOIÉVSKI, 2007a).

Nesta parte será abordado o tema da finitude humana, a fim de que o leitor seja preparado para o desenvolvimento do raciocínio vindouro. A visão apresentada é baseada em estudos teóricos sobre o tema. Cumpre frisar que a visão aparentemente pessimista adotada em relação ao enfrentamento da efemeridade pelas sociedades industrializadas da modernidade, não implica em uma análise da modernidade em si, mas apenas dos exatos limites do tema abordado.

2.1.1.

O Estudo da Morte: breve esboço

A morte abriga em si o mito do fim, mito sobre o qual não há como racionalizar. Apesar das várias respostas para a finitude, a realidade é que não é possível destituí-la do mistério que abarca. Cassorla ¹ afirma que a morte é o “pensamento impossível”, eis que seria impensável a representação do “nada”. Analogias seriam possíveis, contudo, já não mais se estaria no “nada absoluto”. É viável representar apenas o processo de morte, mas não o que ocorre após este evento.

A confusa pergunta apresentada por Rodrigues (1983, p.17) é um bom esclarecimento sobre a impossibilidade de se pensar a morte: “*Através de que*

meios, poderia um ser pensante pensar a condição de não-pensamento, sua condição de não-pensante?" E continua o autor a se questionar a que tipo de lógica recorreria alguém existente para pensar a não-existência, chegando a conclusão de que o *nada*, a *não-existência* e o *aniquilamento* são, na ordem das idéias, conceitos neutralizados, ou seja, não possuem qualquer significação.

Antes de Cassorla, Freud, fundador da teoria psicanalítica moderna, afirmava que é inacessível ao inconsciente humano a representação da própria morte, pois equivaleria a possibilidade do *nada*, o que constituiria um objetivo inviável para a cognição humana (MANHÃES, 1990).

Em razão desta impossibilidade de se conceber o *nada absoluto* é que a reflexão sobre a morte perpassa vários campos do conhecimento, tais como a Filosofia, a Medicina, a Sociologia, a Antropologia, o Direito, a História, a Biologia, a Psicologia, a Enfermagem, a Química, o Serviço Social, isto só para citar alguns exemplos.

A despeito de estes vários ramos do saber estarem imbuídos no estudo da finitude humana, conforme afirma Noal (2005, p.03), ela é um fenômeno que passa a largo do método científico tradicional. Não é possível o conhecimento empírico da morte, só sendo viável sua representação por meio da experiência de outro sujeito, sempre limitada, reificada e permeada por intuições lúcidas e, às vezes, criativas.

Não importa se filosofando, descrevendo o processo de morte ou apenas conjecturando, o essencial é que só é possível falar sobre o tema da morte se não se olvidar que há um sujeito para o qual toda esta atividade está direcionada: o ser humano. Vida e morte não devem nunca se desligar de uma perspectiva ética e jurídica, pois o ser humano não é somente um amontoado de funções biológicas (CALERA, 1994, p.724).

Pensar a morte de modo científico é considerá-la objeto de apreensão e, logo, colocá-la à distância. Assim procedendo, ao contrário de tentar compreender a questão, o sujeito pode acabar por querer se livrar da falta de explicação para as não-respostas da existência, prendendo-se a um discurso no qual a morte é quantificada, localizada, coisificada e colocada em um lugar seguro e, de preferência, fora da sociedade (RODRIGUES, 1983, p.11).

Não é possível falar da morte, senão partindo de uma perspectiva exterior, generalizada e necessariamente limitada, pois ela não é um objeto apreensível, escapando a todas as ordenações humanas. Mas isso não implica que cada

¹ CASSORLA, R. *O Pensamento Impossível: como lidamos com a realidade da morte*. Palestra

povo, cultura ou indivíduo não possa compreender a morte de modo distinto, dando significados e representações impensáveis fora daquele âmbito restrito.

Na mitologia grega, a morte era representada por um anjo negro do sexo masculino que tinha as pernas cruzadas. Já em Roma, sua personificação era a de uma deusa. Em comum, a foice, arma com a qual ceifava suas *vítimas* da vida terrena (MANHÃES, 1990, p.14).

Antigas crenças gregas e itálicas pregavam que a *alma* continuava *neste mundo* após o enterro: ao lado do corpo e vivendo sob a terra. Não é por outra razão que todos os que cercavam o rei Hur se envenenaram quando de sua morte, a fim de que os serviços continuassem sendo prestados ao rei no *além vida*.

No período paleolítico, o esqueleto era acorçado em posição fetal e acompanhado por seus pertences pessoais, trazendo a idéia tanto de renascimento quanto a de que, na outra vida, os mortos teriam necessidades como os vivos. Algumas culturas atuais ainda conservam esta crença.

No estado de Chiuaua, ao norte do México, ainda hoje, o morto é enterrado com milho, feijão, arco e flecha e um pouco de uma cerveja típica da região feita de milho, pois entendem os moradores daquele lugar que é melhor servir ao morto do que ele precisar voltar para satisfazer às suas necessidades (RODRIGUES, 1983, p.30).

Vista dessa forma, a morte não seria o “pensamento impossível”, mas sim a continuidade da mesma vida terrena, porém, invisível aos olhos, assim como o *paraíso* sonhado pelo narrador de *O Sonho de Um Homem Ridículo*, de Dostoiévski.²

É compreensível tal percepção de mundo, quando corpo e alma são entendidos como indissociáveis (COULANGES, 1967, p.35-43). O dualismo trazido por sua separação só é verdadeiramente inserido no contexto ocidental pelo pensamento racionalista quando, então, o ser humano começa a experimentar uma considerável insegurança quanto à finalidade de sua existência terrena.

proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, ago. 2007.

² Após decidir acabar com a própria vida, o narrador, tomado por pensamentos conflitivos, acaba por adormecer. Em seu sonho, concebe e vivencia sua morte, como outrora havia pretendido. Após experimentar a agonia do enterro, é resgatado por um ser inumano que o leva a um lugar exatamente igual a terra, porém, ali os habitantes eram puros e ingênuos e a vida corria sem as angústias ou questionamentos existenciais. (DOSTOIÉVSKI, Fiódor. *Dois Narrativas Fantásticas: A Dócil e O Sonho de um Homem Ridículo*, 2007a, p.109-113).

2.1.2.

De Deus à Razão

Outrora, conforme dito, a morte física não significava a morte da alma. Ainda hoje, a consciência não consegue pensar verdadeiramente o morto como alguém extinto e, por isso, como dantes, insiste em lhe atribuir vida e significados.

O morto de antes *falava* por meio de possessões, sonhos ou intuições dos vivos, ainda que existisse, entre mortos e vivos uma forte fronteira (o morto de hoje ainda *fala* usando estes mesmos canais, mas já não mais com tanta freqüência e de modo tão corriqueiro).

A separação entre vivos e mortos sempre foi algo respeitado por quase todos os povos. Não é por outra razão que os cemitérios mais antigos ficavam fora da cidade e os desejos do morto eram realizados prontamente pelos vivos, para que estes dois mundos não se comunicassem (RODRIGUES, 1983, p.27-35). Mas, neste momento histórico, ainda não havia a negação da morte, o que só acontece na modernidade.

No Ocidente, durante a Idade Média, a morte não era vista como algo a ser combatido, mas sim o desfecho final de uma vida que era apenas fonte de sofrimento: morrer era a porta de ingresso ao reino de Deus. De acordo com Ariès (2003, p.34) a morte era esperada no leito residencial e a cerimônia, além de pública, era organizada pelo próprio moribundo. Seu quarto era um local comunitário e foi somente no fim do século XVIII que os médicos passaram a recomendar que, por questão de higiene, não se desse acesso fácil ao enfermo. Mas, ainda assim, até o século XIX, os transeuntes acompanhavam o pároco ao quarto do doente.

Todos participavam dos momentos finais do moribundo: parentes, amigos, vizinhos, conhecidos e desconhecidos. As crianças não eram privadas da convivência com o doente, não havendo uma representação de quarto de moribundo, até o século XVIII, sem que alguma criança estivesse presente (ARIÈS, p.35).

Com o advento do racionalismo positivista, foi retirada do ser humano a *certeza dogmática* sobre o que haveria após o fim desta vida, deixando em seu lugar uma angústia aterrorizante. A linguagem do ser humano passou a ser entendida como a linguagem da ciência; a secularização do pensamento e o desencanto do mundo proposto por Descartes passaram a ser as novas ordens da modernidade.

O pensamento filosófico especulativo, sempre interessado nas coisas *em si* e na objetivação do desconhecido, buscou criar sistemas abstratos para a explicação do real. Contudo, não raras vezes deixou de lado o indivíduo que sofre, se desespera, ama e morre. A *verdade* sobre o ser humano foi apresentada como um problema de conceito (LE BLANC, 2003, p.13).

Com a confiança quase ilimitada na razão, Deus foi retirado das explicações *científico-finitas* e nada foi colocado para alívio do *ser simbólico-infinito*.³ Neste contexto, a morte, antes querida e até mesmo desejada - como canal de supressão das dores terrenas -, se transforma em inimiga a ser combatida.

Ao citar Zubiri, Herb Gruning afirma que o sistema de razão especulativa é:

Incapaz de se elevar do mundo até Deus, seus sucessores escolheram absorver o mundo de Deus, o que é o resultado da obra do idealismo germânico. Em seguida, o idealismo rendeu-se ao materialismo, que adotou uma atitude agnóstica perante o problema de Deus. Com o estabelecimento de uma ciência positivista, Deus se tornou incognoscível (2007, p.22).

O valor do conhecimento para a evolução do ser humano e sua emancipação por sua conta e risco, como alternativa à tutela Divina, e, no dizer de Francisco Fernandez Buey (2000, p.13-27), com livre acesso às paragens celestiais, subsistência perene, música ambiente e a inefável eternidade, obviamente teve um preço a ser pago: a falta de razões justificadoras para a existência, em troca da autonomia cognitiva.

Dessa forma, o ser humano da modernidade não mais é submetido ao arbítrio de Deus, por meio da imposição de dogmas e autoridades religiosas como era o medieval (SILVA, F. L., p.31), todavia, sua razão também não lhe possibilitou conhecer sua *essência* simbólica.

O *real* definido pelo sistema de pensamento é apenas o *real* que este mesmo sistema define como tal: formado por conceitos - muitas vezes excessivamente - abstratos e, não raro, esvaziados de conteúdo, tudo com a finalidade de serem objetos de fácil manipulação. Contudo, afirma Rodrigues, “*as noções mais importantes da vida escapam inteiramente à ciência*” (1983, p.11).

³ Para o Iluminismo, a razão era uma força finita capaz de, nos limites que lhe são atinentes, afrontar o mundo e transformá-lo, mas sua força, por não ter o atributo da onipotência, se deparava com as *coisas em si*, que não podia alcançar. Somente no último terço do século XVIII foram propostos novos rumos para o alcance da razão, donde se conceituou como razão, não mais uma força finita, como nas Luzes, mas sim uma força infinita que habita, constitui e domina o mundo. Esta passagem da razão de força finita à força infinita cunhou no *eu* uma autoconsciência absoluta, cujo produto final é o próprio mundo que cerca o indivíduo. (LE BLANC, Charles. *Kierkegaard*, 2003, p.24).

Tendo em vista a incapacidade de apreender o *Ser*, e se Deus já não mais pode ser *usado* como explicação possível para a *imortalidade* desejada pelo ser humano, algo deverá substituí-Lo, a fim de que o *des-espere* diante da morte não o paralise. Nesse sentido, dominar a natureza – o desconhecido – e ordenar o caos do mundo e de si, é o objetivo primordial do sujeito moderno; só assim o sentimento de desamparo⁴ frente a sua mortalidade pode não ser visto em sua real dimensão.

2.1.3.

A Morte Domada e a Morte Selvagem

Diante destes temores apresentados pela finitude, e como não é possível, por mais que use de racionalidade, dar à ciência o papel antes ofertado a Deus, eis que implicaria, da mesma forma, em perda de autonomia, o sujeito moderno optou por negar sua condição frágil de mortal, mas não sem recorrer a modelos exteriores para sustentar a sua existência, conforme será demonstrado mais adiante.

Neste novo contexto, a forma como a sociedade passou a lidar com a finitude também mudou significativamente. Na tentativa de negar sua efemeridade, o ser humano moderno faz uma verdadeira assepsia da morte.

Assim, o sujeito não mais espera o derradeiro momento no leito familiar como outrora, via de regra, acontecia. Na modernidade, a “*morte não existe*” – ou, pelo menos, “*não deveria existir*” -, nem para o moribundo, nem tampouco para seus familiares. Ela deve ficar longe da visão e, por isso, é levada para dentro dos hospitais.

Para Márcio Palis Horta (1999, p.27), as crianças são as maiores vítimas do que ele chamou de *totêmico tabu*, em que as modernas sociedades transformaram a idéia da morte. Ao serem privadas da convivência com os

⁴ De acordo com PY & TREIN é possível extrair dos discursos freudianos que a superação do desamparo natural é algo quase impossível. “Está ali registrado, decisivamente, que o ser humano percorre a existência cunhado pela precariedade. Nas suas interpelações mais solitárias e tensas, carrega a marca da busca, perambulando na farsa ilusória de que é capaz de dominar-se e dominar os perigos, insistentemente construindo tentativas mágicas de proteção”. Frustrando-se, porém, vê-se, de novo, e sempre, em estado de desamparo que, nessas circunstâncias, obriga uma ação por parte do indivíduo, no sentido de direcionar-se para a invenção de formas novas de existir, novos destinos, que lhe possibilitem viver e, nesse mister, obter prazer”. (PY, Lígia; TREIN, Franklin. Finitude e Infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In:___*Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2006, p.1356). No mesmo sentido é o entendimento de Mengarelli, que afirma que “o ser humano é sujeito à *neotenia*, a um corpo inacabado ao nascer e que o coloca nisso que Freud chamava *Hilflosigkeit*, desamparo, abandono” (MENGARELLI, Hugo. América, Somos nós Estrangeiros? In:___*Direito e Psicanálise*, p.35).

moribundos, surge nelas um medo quase irracional e, por vezes, definitivo, tornando-as incapazes de lidar com sua futura, mas inexorável, extinção.

Ariès (2003, p.36) denominou a atitude antiga de aceitação e a moderna, de negação da morte de forma esclarecedora. A morte ocorrida no leito familiar, com a presença de amigos e parentes, vista como algo próximo e familiar e, ao mesmo tempo, indiferente e atenuada, eis que comum a todos, foi por ele denominada de *morte domada*. Ao contrário, a morte ocorrida hodiernamente ele denominou de *morte selvagem*, pois se apresenta como algo incomum, quase um castigo dado ao moribundo: limpa, longe dos olhos e enganosamente indolor, ela não deve mais ser acompanhada pelos que ficam.

No decorrer da presente pesquisa, tenta-se demonstrar que os avanços da tecnociência e da medicina contribuíram significativamente para esta negação desmedida da morte, à medida que passaram a oferecer ao sujeito a falsa impressão de *imortalidade* – ele crê que já não mais necessita de algo metafísico para se agarrar, pois *deixou de ser finito* ou, pelo menos, quer acreditar que deixou.

Nesta perspectiva, o modelo atual da medicina, de acordo com José Eduardo de Siqueira (2000, p.55-57), assume compromissos com o biológico, separando a mente do corpo, fazendo prevalecer o entendimento segundo o qual “*para conhecermos melhor o ser humano haveríamos de dividi-lo em partes*” e mergulhados nas partes, olvida-se o todo: o ser *biopsicossocioespiritual* é deixado de lado.

Obviamente que não há como deixar de admitir que os avanços na área de saúde trouxeram ao ser humano moderno um grande conforto, no entanto, pensar que ele se tornou imortal é incorrer no risco de condenar o corpo finito, às mais cruéis imposições científicas em nome de um desejo infantil de ser *deus* – *imortal*.

2.2.

A Morte Compreendida Enquanto Evento Antinatural

A situação mais simpática é aquela em que as pessoas não se envergonham umas das outras, mas agem franca e abertamente. E para que enganar-se? É a mais vã e imprudente das ocupações (DOSTOIÉVSKI, 2004a).

A pesquisa tomará como objeto de análise tão-somente as sociedades industrializadas ocidentais e, assim, crenças, práticas e ritos isolados não farão

parte do contexto, ainda que não se desconheça que, em algumas culturas, não existe uma morte concebida como natural.

Quando, por exemplo, um *Bambara africano* morre, o acontecimento é sempre recebido como uma agressão incompreensível. Segundo os *Bambaras*, nada predispõe o ser humano à morte. Inclusive, a palavra *morte*, em *bambara*, é sinônima de contágio; o sujeito é contaminado pelo mal que vaga pelo mundo e por tal razão lhe advém a morte (RODRIGUES, 1983, p.29).

2.2.1.

O Ser Humano e sua Essência de Vidro

Em *O Alienista*, Machado de Assis afirma que todos os seres humanos são “*cadáveres aviados*”: no instante em que se nasce já é também iniciado o processo de morte, único evento certo e, no dizer de Otto Lara Resende, “*absolutamente insubornável*”. No entanto, a despeito desta certeza, o ser humano vive a vida como se a morte só ocorresse com os outros.

Heidegger afirma que a cotidianidade *conhece* a morte, ou seja, todos sabem que a morte sempre vem ao encontro do ser humano. *Esse* ou *aquele* morre; desconhecidos morrem, animais morrem e, neste sentido, ela não é uma surpresa para o humano. Contudo, a impessoalidade assegurou uma interpretação diferente para esta certeza:

A fala pronunciada ou, no mais das vezes fugidia sobre a morte diz o seguinte: algum dia, por fim, também se morre, mas, de imediato, não se é atingido pela morte. [...] Numa tal fala, ela é compreendida como algo indeterminado, que deve surgir em algum lugar, mas que, numa primeira aproximação, para si mesmo, *ainda-não* é simplesmente dado, não constituindo, portando, uma ameaça [...] a morte atinge, por assim dizer, o impessoal (HEIDEGGER, 2006, p.328-329).

Pensar a morte de modo tão impessoal é, segundo Heidegger, poder afirmar com convicção que o *ninguém* é que morre, pois, muito embora atinja a todos, ela propriamente não atinge *ninguém*. Assim, a morte aparece como um caso que sempre acontece, algo *real*, todavia, uma possibilidade encoberta, não se apresentando em sua irremissibilidade e insuperabilidade (2006, p.330).

A idéia de complementaridade entre a morte e a vida é quase incognoscível ao ser humano moderno. Embora saiba que está constantemente sendo ameaçado pela extinção, o pensar a morte é quase inconcebível para o chamado *ser humano normal* (MANHÃES, 1990, p.13).

Shakespeare usa uma metáfora sintética e esclarecedora sobre a condição humana: afirma que todo ser humano tem uma *essência de vidro*, ou seja, não há um só entre todos os demais que não se deparará com sua própria finitude e, neste sentido, com sua própria fragilidade (CARRIÈRE, 2007, p.22-29). A fragilidade e a efemeridade são marcas da condição humana. A quantidade de riscos que colocam em perigo a existência do sujeito é quase infinita e, nos dias atuais, aumentaram consideravelmente.

A vida pode se esvaír sem qualquer aviso anterior; algo tão frágil quanto o ser humano pode levá-lo ao derradeiro fim: acidente, gás tóxico no metrô, avião em edifício, guerra, bala perdida, homem-bomba, choque elétrico, um passo em falso, uma noite de diversão, um domingo de praia, um espirro, enfim, não faltariam exemplos de situações inopinadas em que, num instante, a vida deixaria de existir.

Há também situações em que a vida se esvai, contudo, de modo lento e paulatino, dando ao sujeito a chance de pensar – ainda que só neste momento – em sua própria condição de *ser com essência de vidro*: uma doença crônica e fatal, uma unidade de terapia intensiva, um câncer brutal a consumir cada pedaço do santuário chamado corpo, ou qualquer outro tipo de situação em que a morte não aconteça inadvertidamente.

Não importa se da primeira ou da segunda forma – ainda que esta última seja a que mais interessa a esta pesquisa – a morte sempre sobrevirá e, neste sentido, pode ser universalizável.

Apesar desta certeza – um dos poucos casos em que ela é *absoluta* -, o ser humano vive como se tivesse a estabilidade e a longevidade de uma rocha. Não pensa em sua própria finitude, ao contrário, muitas vezes se entrega à ideologias entorpecedoras, a fim de negar sua verdadeira essência mortal, deixando sempre para um momento futuro o pensar em si mesmo como um *ser-para-a-morte*.⁵

2.2.2.

Finitude como parte do Psiquismo Humano

Roosevelt Cassorla, notório pesquisador sobre o tema da morte, afirma que ela se constitui no fato mais assustador da vida, certamente o maior deles e

⁵ No sentido dado ao termo por Heidegger, melhor abordado no Capítulo '8', desta Primeira Parte.

frente ao qual não se tem controle, previsão ou qualquer compreensão (2004, p.11).

Noal, citando Simone de Beauvoir, informa que todos os homens têm consciência de sua finitude, mas “*para cada homem sua morte é um acidente e, mesmo que ele conheça e consinta uma violência indevida*” (2005, p.06).

Não é a sexualidade, conforme afirmava Freud, a grande questão humana, mas sim a morte. Segundo Becker, a *negação da morte* é tarefa para a qual o ser humano dedica toda sua psique. Suas palavras merecerem ser reproduzidas, por conseguirem tão bem esclarecer o assunto:

Hoje também está claro, para nós, que Freud estava errado a respeito do dogma [da sexualidade], como disse, Jung e Adler ficaram sabendo desde o início. O homem não tem quaisquer instintos inatos de sexualidade e agressão. Agora, com o novo Freud surgindo em nossa época, estamos vendo algo mais, que ele estava certo quando obstinadamente se dedicava a revelar a condição de criatura do homem. Seu desenvolvimento emocional era correto. Ele refletia as verdadeiras intuições do gênio, muito embora ficasse provado que a específica contrapartida intelectual daquela emoção – a teoria sexual – estava errada. O corpo do homem era realmente ‘uma maldição do destino’ – não porque o homem procurasse apenas sexualidade, prazer, vida e expansividade, como pensara Freud, mas porque o homem procurava, também, primordialmente, fugir à morte. A consciência da morte, e não a sexualidade é a repressão primária (2007 p. 26-127).

Em seu livro *O mal estar da civilização*, Freud, após discorrer sobre a crueldade humana, termina por admitir o instinto de morte, biológica ou psíquica, como um fator fundamental, colocando em questionamento a capacidade do ser humano para a diminuição da angústia frente a tal realidade (MANHÃES, 1990, p.20).

Apesar de defender sua teoria da sexualidade durante toda a existência, foi somente já quase no fim da vida, quando um câncer maxilar em estado avançado anunciava sua extinção, que Freud abriu concessões e admitiu a importância que a morte ocupava no inconsciente do indivíduo.

Em 1926, pouco antes de ser submetido a um procedimento eutanásico,⁶ Freud concedeu uma entrevista ao jornalista George Sylvester Viereck, na qual confirma o papel que a morte exerce no psiquismo do sujeito:

⁶ Após ser submetido a inúmeras cirurgias para extirpar um câncer no maxilar, tendo, inclusive, ao final de sua vida substituído por uma prótese, Freud, não suportando mais as dores, pede a seu médico particular lhe abrevie a vida por meio de uma dose letal de medicamento. Contudo, é preciso constar que, em sua última entrevista, Freud afirmou que detestava seu maxilar mecânico, pois, em suas palavras “*a luta com o aparelho me consome tanta energia preciosa. Mas prefiro a existência à extinção. Talvez os deuses sejam gentis conosco, tornando a vida mais desagradável à medida que envelhecemos. Por fim, a morte nos parece menos intolerável do que*

A morte é a companheira do amor. Juntos eles regem o mundo. Isto é o que diz o meu livro: *Além do Princípio do Prazer*. No começo, a psicanálise supôs que o amor tinha toda a importância. Agora sabemos que a morte é igualmente importante. Biologicamente, todo ser vivo, não importa quão intensamente a vida queime dentro dele, anseia pelo Nirvana, pela cessação da *febre chamada viver*, anseio pelo seio de Abraão. O desejo pode ser encoberto por digressões. Não obstante, o objetivo derradeiro da vida é a sua própria extinção (1926, p.02).

Assim, para Freud, o amor – sexualidade – e a morte seriam os dois pilares do psiquismo do ser humano e não apenas o primeiro, como é comum de se conceber entre os estudiosos.

É mesmo difícil não aceitar a relevância do papel da morte para a compreensão do indivíduo, pois parece complicado ao ser humano entender o significado de se ser um animal – o único – consciente de si mesmo e, ao mesmo tempo, estar fadado a morrer. Para Becker, esta idéia parece absurda, senão monstruosa. Significa saber que se é alimento para os vermes! Este é o horror: ter aparecido do nada, possuir um nome, autoconsciência, profundos sentimentos íntimos, uma torturante ânsia pela vida e pela auto-expressão, e, apesar de tudo isso, morrer (2007, p.116).

Não obstante o desamparo do ser humano frente à sua finitude ser admitido por alguns estudiosos, não são poucos os estudos que simplesmente desconsideram a magnitude e a influência do tema para a compreensão do caráter do indivíduo e, conseqüentemente, da própria existência humana.

2.3.

A Cultura da Negação e suas Infinitas Possibilidades

Essa palavrinha ‘por quê’ está diluída em todo o universo desde o primeiro dia da criação do mundo, minha senhora, e a cada instante toda a natureza grita para o seu criador – ‘por quê?’ – e eis que há sete mil anos não recebe a resposta (DOSTOIÉVSKI, 2004b, p.180).

Não seria honesto tentar elencar todas as razões pelas quais o ser humano nega sua finitude; faz-se necessário apenas esboçar algumas delas. Sem nunca ter a pretensão de esgotar as mil facetas humanas, neste tópico são abordadas algumas possibilidades para a negação da finitude e sua contribuição

os fardos que carregamos”. E continua, afirmando “*Não me faça parecer um pessimista. Eu não tenho desprezo pelo mundo. Expressar desdém pelo mundo é apenas uma outra forma de cortejá-lo, de ganhar audiência e aplauso. Não, eu não sou um pessimista, não enquanto tiver meus filhos, minha mulher e minhas flores! Não sou um infeliz – ao menos não mais infeliz que os outros*” (SYLVESTER, George. *O Valor da Vida: uma entrevista rara com Freud*, 1926, p.01). Grifou-se.

para transformar a existência humana em algo com mais sentido do que deveras se apresenta.

É possível situar o temor pela própria finitude em duas grandes vertentes: (a) temor pela privação da vida e (b) o temor advindo da possibilidade de sofrimento e dor no processo de morte (EARP, 1999, p.12). Temas estes que serão estudados a seguir.

2.3.1.

Temor Pela Privação da Vida

Aqui várias são as possibilidades de localização do temor, como o rompimento dos laços de afeto, o excessivo apego ao próprio corpo, o temor pelo castigo divino, os projetos ainda não terminados, a impressão de ter feito menos do que deveria, a avidez por viver, o medo do desconhecido, o sentimento de ter fracassado na existência, dentre outros. Baseando-se nos estudos de Earp (1999, p.12-31), alguns comentários serão feitos em relação a esses temores.

No caso do terror advindo do rompimento dos laços de afeto, é preciso notar que existem indivíduos que são ligadas a outros com um grau extremo de apego. Para essas pessoas, se separar dos entes queridos pode significar um sofrimento insuportável. É o caso, por exemplo, da mãe que, ao deparar-se com sua morte, cai em profundo desespero, ao imaginar que não mais poderá receber o toque carinhoso do filho.

Em uma sociedade na qual a valoração exacerbada do corpo é quase uma ordem, obviamente que o sofrimento por se separar deste também pode significar um rompimento para o qual a pessoa não está preparada. Pensar na extinção inexorável do corpo, quando se passou a vida a cultuá-lo, pode significar uma perda inadmissível e injusta.

Para aqueles que têm uma visão mais religiosa da vida e crêem na figura do sumo juiz a valorar as boas e más ações terrenas, a morte também pode significar um julgamento final, no qual toda a existência será verificada por um *deus* que poderá condenar ou absolver o morto, sentenciando-o ou com o paraíso ou com o inferno sombrio. No momento da morte, salienta Blank, não há como fugir da culpa e do peso das falhas, inerentes à condição humana (2000 p.152-153).

Alguns temem morrer por entenderem que um projeto precisa antes ser terminado, uma vez que tempo e energia vitais foram dispensados durante sua

realização. É o caso, por exemplo, do escritor que, após passar anos elaborando um livro, vê-se diante de sua terminalidade sem que a obra esteja concluída.

É possível também localizar em situações mais objetivas, como é o caso do pai que deixará seus filhos sem assistência material. É viável também que o medo aconteça em razão de o moribundo chegar à conclusão de que não fez nada de que se orgulhasse verdadeiramente nesta vida e que sua existência não significou nada, nem para si nem para os outros.

Quando se ama a vida de modo desmedido ou, então, quando se nega a finitude de forma muito veemente, é possível que o indivíduo conceba sua morte como uma inimiga injusta, que leva não a todos, mas somente ele. Assim, todos os que sobreviverão à sua morte são tratados como parceiros infiéis da jornada do viver, por lhe abandonarem justo no momento em que imagina mais precisar deles. Por essa razão, não é raro o enfermo que trata de modo rude todos os que o cercam.

O temor da morte também pode advir da perda de referencial que costuma acompanhar o moribundo. Assim como na infância o sujeito não sabia nada sobre o viver, no processo de morte ele também não sabe nada sobre o morrer. Os antigos confortos existenciais não farão qualquer sentido quando a vida estiver se esvaindo e, quanto mais frágeis forem estes confortos, maior será a sensação de falta de referencial.

Já o sentimento de fracasso existencial pode acontecer quando o sujeito infere que a vida ofertou inúmeras possibilidades, contudo, ele observa que não soube fazer as escolhas devidas. Este fracasso pode ser em virtude de um projeto de vida não estabelecido, de um estudo não realizado, de um filho não concebido, dentre outros. O sentimento ainda pode ser mais acentuado se o sujeito levou uma vida dedicada aos sentidos, quando seu ser simbólico desejava uma vida mais contemplativa.

Há, ainda, pessoas que passam toda a existência se autodisciplinando e sentem verdadeiro horror em pensar que, no momento da morte, podem se ver privadas do que costumaram denominar *racionalidade*. O receio pelo ridículo da morte e pela perda de autodomínio pode ser angustiante neste momento. Este temor não é vão, mas a perda de autoconsciência é desgastante, não para o enfermo, mas para os que o acompanham. Rotterdam, por meio de sua *divindade*, a *Loucura*, afirmava que esta última vinha apanhar os anciãos nos momentos precedentes à extinção, para torná-los duas vezes crianças e, assim, viverem uma morte mais suave (2002 p.23-28).

Há também aqueles que enfrentam um temor existencial profundo quando percebem que o tempo está se esvaindo e ainda não conseguiram encontrar um caminho no qual o senso de integridade da vida fosse vislumbrado. Como cegos, ficaram tateando no palco do existir, sem, contudo, segurar em nada que ofereça algum significado. São nestes casos, de acordo com o entendimento de Earp (1999, p.21), que a desarticulação vivencial se mostra de forma mais intensa e o temor passa, em um átimo, ao desespero absoluto.

Conforme já exposto desde o princípio, estes são apenas alguns exemplos nos quais é possível visualizar a razão pelo temor em aceitar a morte como parte natural da vida. Mas, a natureza humana é demasiadamente complexa para que este ponto da pesquisa não fique aberto perpetuamente.

2.3.2.

Receio da Falta de Dignidade na Terminalidade

Em época de negação absoluta da finitude e com a excessiva medicalização da morte, o temor de se ver desprovido de dignidade no processo de morte é algo que atormenta e angustia os viventes.

Inserido neste contexto, é possível encontrar a vergonha que o processo de morte traz ao moribundo, que não pode sofrer demasiadamente, nem tampouco mostrar-se apático em seu perecer. Sofrer demais pela extinção é fazer com que ouçam sua voz agonizante, mas isso não é recomendável nas sociedades modernas que negam a morte. Seria um insulto lembrar aos humanos que ficam que eles também não passam de *humanos*.

O contrário também não é desejado, ou seja, que o sujeito parta desta vida em completa apatia. Ou mais, que não escute os *sábios conselhos* que lhe são ofertados pelos cuidadores. Ariès (2003, p.242-43) afirma que é exigida do paciente uma completa submissão ao tratamento, sem o quê é visto como não cooperativo e rebelde. A necessidade de silêncio ou a recusa de algum tratamento não são traduzidas como exercício de autonomia, mas sim como uma afronta pessoal aos cuidadores.

O temor pelo excessivo prolongamento da agonia é também de extrema relevância, principalmente para aqueles que se dizem aptos a um procedimento eutanásico. Sem concluir esta que é uma questão extremamente controversa, muito provavelmente os candidatos à eutanásia apenas não desejam ser vítimas silentes de uma tecnologia concebida para máquinas e não para seres humanos. O receio pela completa fragmentação da personalidade é o que muitas vezes

conduz o paciente a solicitar a abreviação da vida, pelo temor de ser medicado como um objeto para a cura e não como um ser que nasceu para a morte.

Some-se a tudo isso o sentimento de solidão experimentado por aqueles que estão morrendo, tendo em vista que a morte é sempre um ato solitário. Obviamente que morrer em completa solidão é bem mais doloroso que experimentar os momentos finais ao lado de pessoas queridas. Todavia, mesmo acompanhado, o moribundo enfrenta sua extinção sempre de modo solitário, eis que nenhum dos vivos pode compartilhar de forma verdadeira seu sofrimento. Sobre o assunto, Heidegger (2006, p.313) esclarece que *“ao sofrer a perda não se tem acesso à perda ontológica como tal, sofrida por quem morre [...] não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas junto”*.

Refletir sobre a morte é necessariamente se assombrar diante dos inúmeros aspectos que mereceriam detida análise. Entretanto, tendo em vista que a pretensão deste estudo inicial é somente a de inserir o leitor no contexto da finitude, não haverá modo de adentrar com mais profundidade em nenhum dos tópicos acima abordados, o que mereceria estudo apartado.

A enumeração de alguns dos temores mais comuns trazidos pela finitude se mostra necessária apenas para demonstrar que absolutamente nada que resuma ou encarcere o tema da morte pode ser rotulado como sendo um estudo sério, no qual o ser humano é realmente levado em consideração.⁷

2.3.3.

A Morte do Outro

Não é somente a própria morte que leva o indivíduo aos questionamentos existenciais mais severos. A morte do *outro* – precisamente se este *outro* for um próximo – também pode causar grande sofrimento ao sobrevivente.

Não raro, afirma Earp (1999, p.22), a extinção de um ente querido faz com que o que sobreviveu pense também na possibilidade de também deixar a vida. Para o autor, esta situação é mais comum em relação aos pais que enterram seus filhos. Uma história popular diz que, ao ofertar um presente ao rei, o mago apenas disse: *“que morram os avós, os pais e os filhos”*, querendo, com isso, desejar que os mais velhos morressem antes dos mais novos e, assim, evitar o sentimento de impotência que uma inversão deste quadro poderia acarretar.

⁷ Para um melhor esclarecimento acerca dos temores advindos da finitude, ver EARP, A. C. S. A *Angústia Frente a Morte: um estudo psicanalítico*, 1999.

Cassorla (2004, p.11) faz uma interessante afirmação sobre a necessidade de não se ter contato com a morte e a banalização da violência mostrada pelos meios de comunicação. Se for verdade que o ser humano não gosta de pensar na morte, então também não poderia, logicamente, se interessar pelas mortes noticiadas pelos meios de comunicação. Mas, o autor chega a uma conclusão bem diversa. Quando o sujeito vê a morte pela televisão, ele não pensa em sua própria finitude, mas na do outro. Ele vê o *outro* como alvo da violência – ou da própria contingência - que ceifa corpos frágeis, mas nunca o seu próprio corpo.⁸

A despeito da morte do *outro* – distante -, como salientou Cassorla, não trazer aos sobreviventes a impressão de sua própria finitude, quando se é testemunha presencial de sua ocorrência, a situação é diferente, como insta ocorrer com os médicos.

Conviver diuturnamente com a possibilidade do óbito de um paciente e não ser preparado para tanto pode significar (a) uma constante defrontação com o desconhecido e com o temor ou (b) uma completa apatia, advinda da negação extremada, o que faz com que, muitas vezes, o médico seja visto como alguém frio e inumano.

Aprender a conviver com a finitude, sem, contudo, destituí-la do mistério que abarca, faz parte da arte médica. Apesar desta constatação, lidar com a morte é tarefa muito pouco difundida entre os profissionais e estudantes da área sanitária.

2.4

Morte: o tabu da modernidade

O encanto das maneiras elegantes, da simplicidade e da aparente sinceridade era quase mágico. Não podia nem passar pela cabeça dele que toda essa sinceridade e essa nobreza, o sendo de humor e a alta dignidade pessoal fosse, talvez, apenas um magnífico arranjo artístico (DOSTOIÉVSKI, 2002, p.595).

2.4.1

A Morte sem Protagonista

Se Becker (2007) está correto no entendimento de que a repressão primária do ser humano não é a sexualidade, mas a sua finitude, então, nada mais compreensível do que a atual assepsia da morte. A morte não é

⁸ No mesmo sentido, BLANK, Renold. *Escatologia da Pessoa*, 2000, p.07.

compreendida e, no contexto racionalista, não pode ser explicada. Assim, ela não deve ser vista ou falada, devendo acontecer de uma forma aceita ou, pelo menos, tolerada pelos sobreviventes.

Para Áries (2003, p.242-243) o que importa não é o fato de o moribundo saber ou não sobre seu prognóstico fatal, mas sim o modo discreto e elegante pelo qual irá digerir a informação. Mas não basta somente que seja discreto, é indispensável que ele se mantenha aberto e receptivo às mensagens. Tanto a indiferença perante a morte (excesso de discricção) quanto o excesso de demonstração do sentimento de desespero são vistos com maus olhos pelos que rodeiam o enfermo. Na modernidade, o moribundo não deve participar de sua morte; o que lhe é exigido é um agir racional diante do incognoscível.

Ivan Ilitch é o célebre personagem de Tolstoi (2006) que experimenta as venturas e desventuras da finitude. Em busca do diagnóstico de sua doença, todos que o cercavam não atentaram para o terror existencial vivenciado pelo moribundo. Inclusive o próprio doente, que só se deu conta de que o mal que o afligia não era físico, mas sim advindo da confrontação da vida que gostaria de ter tido, com a que acabou levando, muito próximo de seu fim. Ivan chegou à conclusão de que o que vivera fora um prospecto daquilo que planejava e havia, por fim, acabado por subtrair de si sua vida e sua morte.

Em seus momentos finais, o que mais lhe causou raiva foi a mentira dos familiares e do médico, de que estava apenas doente e não morrendo; foi não ter podido participar, como gostaria, do seu processo de morte e, com isso, ter tido a possibilidade de compreender mais prematuramente o que, ao final do livro, na última página, demonstra ter alcançado. Quando um dos familiares afirma que a agonia havia acabado, já morto, seu espírito repete que a morte havia acabado, não existia mais (2006, p.76).

Não ser o condutor da própria morte é uma das obrigações impostas ao moribundo da modernidade. Desde o século XVIII, a falta de protagonista no processo de morte começa a acontecer. Entretanto, afirma Susan Sontag (2007, p.65), no século XX, esta escamoteação é mais acentuada, pois a doença e, conseqüentemente, a morte, passam a ser apresentadas como ruins ou desajustadas, quase um castigo e nunca algo inerente à condição humana, havendo uma *“tendência crescente a chamar de doença qualquer situação que se desaprove. A doença, que poderia ser considerada uma parte da natureza, assim como a saúde, tornou-se sinônimo de tudo o que era antinatural”*.

Assim entendidas, morte e doença deixam de ser intrinsecamente ligadas à condição humana para se tornarem inimigas a serem combatidas a qualquer

preço. Ainda que ao paciente não reste mais que alguns meses de vida, todos optam em silenciar sobre o fato. Primeiro porque acreditam que o assunto trará sofrimento ao enfermo; e, segundo, para que um tema tão assustador não seja colocado em mesa de discussão e, assim, a finitude se apresente sem as devidas *vestes do entorpecimento*.

Quanto ao primeiro ponto, o sofrimento não é propriamente do paciente, que, em processo de terminalidade, não raras vezes, tem necessidade de falar sobre sua própria extinção, seus temores e angústias. O medo dos que o acompanha é que faz com que o silêncio seja a forma de lidar com sua extinção. Essa atitude pode ocasionar um sofrimento ainda maior do que já experimenta, devido à falta de interlocutores aptos a dividirem aquele momento.

Não foram somente os familiares de Ivan Ilitch que optaram por usar a palavra *doença* em vez de esclarecer a ele que estava morrendo. De acordo com Cassorla (2004, p.11), a explicação para a ocorrência da morte nas sociedades modernas passou a ser a doença e não mais a própria finitude humana. E a constatação desta mudança de perspectiva é que “*se não se morre mais*”. Quando a morte chega, esse evento não é compreendido como parte da condição humana, mas decorrência de uma “*doença*”. Nesse sentido, tudo se torna válido para que o momento derradeiro seja protelado o maior tempo possível. Mas, conforme será demonstrado em momento oportuno, essa luta pela *imortalidade* pode ser mortificante para sujeito vivo – considerado como tal.

2.4.2.

O Morto Enfeitado

Na modernidade, o indivíduo, além de alijado do processo de morte, também tem seu cadáver *enfeitado*, para que o temor essencial do ser humano – a morte – não se apresente em sua face descorada e fria.

Após morrer, quase sempre em um leito hospitalar isolado, o corpo é enviado para uma funerária, a fim de que a falta de cores da inércia seja substituída pela coloração artificial da maquiagem.

Se, outrora, a idéia de maquiar o defunto era para retirar-lhe do rosto a agonia dos últimos instantes de vida, deixando cunhada na face apenas a “*beleza da morte*”, o que hoje é possível chamar de toailete fúnebre, tem o objetivo transformar o morto. A maquiagem não é feita para um cadáver, mas para um ser humano vivo e busca conservar os ares alegres e familiares da vida que o morto possuía.

Neste contexto, os funerais tornaram-se verdadeiros encontros sociais, nos quais o assunto que menos se quer discutir é o corpo que *jaz* sobre o caixão. Risos e piadas são constantes entre os presentes, no intuito primário de negarem sua própria finitude. O morto – se olhado de perto - faz com que lembrem que também serão abarcados pelo *desconhecido*.

Os luxos ostensivos ⁹ com os quais muitas cerimônias fúnebres são realizadas acabam por ludibriar os presentes acerca do verdadeiro objetivo do encontro. É também possível o outro extremo, ou seja, um descarte imediato do corpo sem vida, a fim de que o cotidiano não seja afetado pela morte. Ambas as condutas possuem uma finalidade idêntica: não pensar sobre a própria extinção. Assim apresentado, importante não é o entendimento do rito como momento de recolhimento e comoção, mas sim a significação social do mesmo: para *enganar* a morte, os funerais luxuosos e para não pensar nela, os *fast-funerais*. ¹⁰

2.4.3.

Vivência do Luto

Uma outra questão em relação à morte no contexto atual é a constatação do quanto o luto não é mais vivido ou, quando iniciado, logo é medicado. Esta privação do luto leva consigo a possibilidade de compreensão – obviamente que em parte – da morte e, conseqüentemente, da vida, tarefa esta que fica sempre para outro momento (NOAL, 2005, p.04-05).

Na Idade Média, era comum que até os mais bravos guerreiros chorassem histericamente diante do corpo de seus parentes ou amigos mortos. Nesta situação, o rei Artur cai do cavalo desmaiado diante do corpo de seu sobrinho e, depois, ainda chorando, sai à procura dos corpos de seus amigos carnis. Ao descobrir um deles, grita que já havia vivido demais, para, em seguida, olhá-lo longamente e beijar-lhe o rosto e a boca (ARIËS, p.245-46).

Somente a partir do século XVIII é que as manifestações pelo luto começaram a se tornar nefastas e dignas de serem medicadas ou escondidas. Mas, ainda no século XIX, permanecia certa reclusão dos familiares do morto da sociedade, a fim de que pudessem compreender sua dor, bem como impedir que

⁹ Conforme retratado por Rilke “*A morte de Christoph Detlev, morando agora em Ulsgaard, não se deixava pressionar. Chegara para ficar dez semanas, e foi o que fez. (...) Aquela não era a morte de hidrópico qualquer, era a morte perversa e principesca que o camareiro carregara em sai a vida toda, e alimentara consigo mesmo. Todo o excesso de soberba, poder e autoridade que não conseguira gastar nos dias calmos, entrara na sua morte, e era essa morte que agora se alojava em Ulsgaard, e se esbanjava*” (Apud BLANK, op. cit., p. 17).

o morto fosse demasiadamente cedo esquecido. Por tal razão, véus e panos negros eram adereços quase obrigatórios (todavia, voluntários) nos ombros e cabeças das viúvas.

Mas, é precisamente no século XX que há uma completa interdição do luto na sociedade e, o que antes era visto quase como uma proibição (esquecimento do morto e a entrega para as mil distrações dos sentidos), passou a ser fortemente recomendado, senão mesmo exigido (ARIÈS, 2003, p.248-49).

Hoje em dia não se fala que o “defunto morreu”, mas sim que “descansou”; não se usa mais “caixão” e sim “câmara de repouso”; não há questionamentos acerca do destino do morto, pois todos “sabem que vai direto para o céu” ou, se não houver céu, que voltou a ser um “átomo vagando em mundo sem importância”, mas, ainda assim, sobre a morte nenhum assunto é alongado.

2.4.4.

Troca de Tabu

No vão do silêncio, a morte se tornou o totêmico tabu da modernidade. Para Junges, após a revolução sexual, a sexualidade não tem mais o papel de tabu. Em sua substituição, a morte é o novo tabu, em suas palavras:

Antes, a tabuização sexual era exigida para preservar a procriação como modo de vencer a morte. Hoje o sexo não está mais associado à procriação, porque a medicina é o caminho cultural de vencer a morte como reverso da destabuização do sexo aconteceu a tabuização da morte, pois morte e sexo estão simbolicamente interligados (JUNGES 2006, p.303).

Esta também é a visão de Cassorla (2004, p.12), para quem “a morte substitui a sexualidade, como algo sujo, que deve ser evitado” não apenas pelo sujeito moribundo, mas também pelos familiares e pela sociedade.¹¹

Aqui não se trata mais da mera inserção que Freud admite do tema da morte como elemento fundante, ao lado do amor, do psiquismo humano, mas sim a completa substituição totêmica: o sexo se tornou assunto fácil e corrente nas sociedades ocidentais industrializadas; em contrapartida, a morte se tornou assunto proibido e de mau gosto.

¹⁰ No sentido de funerais rápidos.

¹¹ No mesmo sentido ARIÈS, Philippe. *História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias*, 2003, p.229 e 259-60.

No entendimento de Möller (2007, p.29), os avanços tecnológicos, que deveriam ter proporcionado sabedoria e consciência da morte ao ser humano acabaram trazendo efeito contrário.

Limpar o que de humano há na morte e no corpo que morreu, enfeitando-o com a melhor vestimenta, fazendo cortejos fúnebres vultosos ou, então, ignorando a morte que se apresenta: estas são algumas das maneiras como o ser humano moderno lida com sua própria finitude, a fim de que questionamentos existenciais profundos não se abram a partir de um possível confronto com efemeridade.

De acordo com Ariès (2003, p.230), ao mesmo tempo em que a morte voltou a ser tema de estudos, as conclusões a que os estudiosos chegam a seu respeito *“parecem tão inéditas, tão perturbadoras, que ainda não foi possível a seus observadores depreendê-las de sua modernidade e restituí-las a uma continuidade histórica”*.

É como se, de um momento para o outro, academicamente, a morte houvesse sido descoberta, assim como se descobre um novo elemento químico que, apesar de sempre presente na natureza, nunca tivesse sido antes observado.

2.5.

O “Estranho” Ser humano

Essa vida é uma mistura de algo puramente fantástico, calidamente ideal e, ao mesmo tempo, palidamente prosaico e comum, para não dizer vulgar até o inverossímil (DOSTOIÉVSKI, 2005, p.30).

2.5.1.

Paradoxo Existencial

Heidegger situou o temor da vida e o temor da morte como o centro da filosofia existencial: ao ser humano não é dado conhecer suas grandes indagações e isso é fonte de enorme tormento. Vive em um mundo de deuses e animais, contudo, não é essencialmente nenhum dos dois: não é Deus por lhe faltar o atributo da imortalidade e não é animal comum por ser dotado de racionalidade.

O animal tem certa percepção da morte; pressentindo o perigo, ele reconhece os predadores e reage por instinto de conservação. Várias são as

espécies animais que têm alguma sensibilidade à aproximação de seu fim, o que faz com que procurem um lugar seguro e longe do bando para morrer. Mas, as atitudes dos animais são ditadas pelas leis da espécie a que pertence, nunca por um comportamento convencional como no ser humano. A consciência da morte é um ato de pensar do não fruto de mero instinto.

Edgar Morin, citado por Rodrigues (1983, p.18-19), afirma que os macacos se comportam em relação aos cadáveres de ratos, gatos e pássaros como se eles fossem vivos. Ademais, se macho, o macaco tem relações sexuais com a fêmea e procede, em relação aos demais machos, rivais em potencial, como se ela estivesse vivas. Assim, os macacos não reconhecem os companheiros mortos, eis que reagem a estes como se estivessem passivamente vivos.

A incapacidade de o animal se perceber mortal está ligada a sua impossibilidade de se ver como indivíduo. E, embora esta individualidade ocorra, ele não pode reconhecê-la. Ao ser humano o mesmo não acontece. Ele, além de individualizado, tem consciência desta sua condição (ou, pelo menos, deveria ter). E isto faz com que seu ser finito corpóreo tenha uma outra dimensão, a infinita simbólica, que abriga esta individualidade característica marcante do humano e que o impele à busca do florescimento, tanto pessoal como social.

Não há resposta segura para o mistério da face humana que se analisa no espelho. Ao menos, nenhuma resposta que possa partir da própria pessoa, de seu centro. Um rosto pode ser dividido em sua miraculosidade, mas sempre faltará o poder divino de saber o que ele significa; a força responsável pelo seu surgimento (BECKER, 2007, p.45).

Becker (2007, p.48) afirma que a essência do ser humano é sua natureza paradoxal: metade animal e metade simbólica. Tem sua metade simbólica voltada para as estrelas e, no entanto, encontra-se desconfortavelmente alojado *“num corpo cujo coração pulsa e que respira e que antigamente pertenceu a um peixe e ainda traz as marcas das guelras para prová-lo”*. Para o mesmo autor, o ser humano está, de forma literal, dividido em dois:

Tem consciência de sua esplêndida e ímpar situação de destaque na natureza, dotado de uma dominadora majestade, e, no entanto, retorna ao interior da terra, uns sete palmos, para cega e mundanamente apodrecer e desaparecer para sempre. Estar em um dilema destes e conviver com ele é assustador. Os animais inferiores, é claro, não sofrem essa dolorosa contradição, porque lhes falta uma identidade simbólica e a concomitante consciência de si mesmos (2007, p.49).

Constatada a falta de respostas para a existência, Becker (2007, p.80) afirma que o ser humano não estaria sendo leviano consigo mesmo no momento

em que nega a morte. Trata-se do que ele chama de “*desonestidade necessária*”. É o simbolismo que o ser humano oferta às suas representações que lhe formam o caráter e lhe permitem continuar sua ilusão de imortalidade e, assim, prosseguir a vida, pois seria apavorante admitir que não se seja completo: “*Não queremos admitir que não ficamos sozinhos, que sempre nos apoiamos em algo que nos transcende, um certo sistema de idéias e poderes no qual estamos mergulhados e que nos sustenta*”.

Trazer concretude ao etéreo é tarefa primária do ser humano. A insuportabilidade de ser um *estranho* dentre as demais criaturas faz com que o sujeito crie para si um amontoado de significações – às vezes, até mesmo desconexas – a fim de suportar o peso quase insuportável do seu próprio *eu*.

A solidão existencial faz com que, muitas vezes, o ser humano questione seu papel na natureza. É exatamente neste sentido a afirmação angustiante do narrador de *A Dócil*, de Dostoiévski (2007a, p.87): “*Há somente homens, e em volta deles o silêncio – essa é a terra! [...] e o pêndulo bate insensível, repugnante*”. Não há absolutamente nada na natureza em diálogo aberto com o ser humano. Em troca de sua estranheza em relação ao mundo e de seu grito de angústia diante da existência, encontra o silêncio invariável ecoando no vazio. Não bastasse, não há um só indivíduo igual a outro e, neste sentido, “*todo ser humano é um estranho ímpar*” (DRUMMOND, 1987, p.537).

2.5.2.

Transcendência e Finitude

Santo Agostinho, Kierkegaard, Scheler e Tillich, conforme leciona Becker (2007, p.79), foram os primeiros a estudar o quanto os seres humanos necessitam de algo exterior para se sustentar em meio a sua natureza paradoxal:

Eles viram que o homem podia pavonear-se como quisesse, mas que na verdade extraía a sua ‘coragem para ser’ de um deus, de uma série de conquistas sexuais, de um Grande Irmão, de uma bandeira, do proletariado ou do fetiche do dinheiro e do tamanho de um saldo bancário (2007, p.80).

Estabelecer relações que ofereçam segurança a fim de obter certo alívio das angústias pelas não-respostas desloca o ser humano do desamparo essencial e cria uma sensação de heroísmo necessária para a vida. Todavia, quando levados ao extremo, tais simbolismos acabam por escravizar o sujeito: a mentira

necessária para a vida se transforma em prisão mortificante. O corpo, fonte de animação do *Ser*, pode, paradoxalmente, se tornar o cárcere do sujeito simbólico.

Para Becker, o ser dual – homem e *deus* – tem uma sede infinita por transcendência e, na impossibilidade de crer em algo metafísico, acaba por infundir seus anseios na matéria tangível, uma vez que buscar significados para as coisas é tarefa quase natural do ser humano.

O sistema nervoso central é organizado de tal maneira que o cérebro busca automaticamente agrupar as configurações e os estímulos recebidos. A busca de significado seria a própria competência do cérebro em padronizar, a fim de obter uma sensação de controle sobre os fatos (YALOM, 2007, p.20). Tendo em vista a impossibilidade de o ser humano apreender o significado da morte e de sua existência, ele cria *pontes* de significação.

No entendimento de Becker (2007), a paixão, o dinheiro, a juventude, o poder e a propriedade possuem caráter simbólico de imortalidade, transformando-se, deste modo, em mecanismos de sua negação. Ao fixar toda a necessidade de transcendência em um objeto, o sujeito consegue se imortalizar, seja na figura do *outro*, seja no poder, no dinheiro, na juventude, na propriedade ou em qualquer outro substituto simbólico.

2.6.

Escapes (in)seguros para o Enfrentamento da Finitude

Todo o nosso equívoco está aí, em ainda não conseguirmos perceber que essa questão não é exclusivamente teológica! Porque até o socialismo é criação do catolicismo e da essência católica! Ele, como seu irmão ateísmo, também foi gerado pelo desespero, em contraposição ao catolicismo, no sentido moral, para substituir o poder moral perdido da religião, para saciar a sede espiritual da humanidade sequiosa e salvá-la não por intermédio de Cristo, mas igualmente da violência! Isso também é liberdade por meio da violência, isso também é unificação por meio da espada e do sangue (DOSTOIÉVSKI, 2002, p.607).

2.6.1.

O Ser para a Morte

Por tudo o que foi exposto até o presente momento, claro está que a sociedade moderna não encara a morte como algo natural, inerente à própria condição humana. Obviamente, que razões há para tamanha negação do cediço.

Se o ser humano vive *enganado* diante de sua finitude, o *desenganar-se* equivaleria à própria constatação de que sua morte sobrevirá e, neste sentido, compreender sua condição de “*ser-para-a-morte*”.¹²

Por mais que se adie – “*por enquanto*” -, um corpo é algo que se esvai inapelavelmente. Não é por outra razão que, ao saber-se portador de uma doença fatal, o sujeito ouve que está *desenganado*, ou seja, não mais se *engana* quanto ao seu destino de mortal.

Mas, talvez, conforme ensina Heidegger, este poderá ser o momento em que ele conseguirá “*vivenciar a mais extrema e radical possibilidade de si mesmo*” (NUNES, 2002, p.22). Contudo, enquanto houver essa negação dramatizada e fetichizada da finitude, o ser humano não conseguirá se voltar para seu verdadeiro *Ser*.

Enquanto não volta para si, o sujeito precisa negar a efemeridade de sua existência e, obviamente, para se enganar o ser humano, inteligente que é, utiliza-se dos mais variados meios: uns justificáveis, outros, nem tanto, pois não conduzem a nada e que não a completa fragmentação pessoal.

2.6.2.

Duas Grandes Formas de Auto-engano

Para negar sua finitude, conforme já havia esboçado Becker, o ser humano necessita de algo externo para se apoiar e, para tanto, utiliza-se, basicamente, de dois tipos de argumentos: o da religiosidade ou o da ideologia.

Não pretendendo esgotar o assunto, mas apenas a título de explanação, é interessante conhecer as formas pelas quais o ser humano busca se livrar de seu temor existencial. O objetivo aqui é a constatação de que, se extremadas, posturas socialmente consideradas “*normais*”, acabam por se transformar em meios atordoantes para o enfrentamento da efemeridade.

2.6.2.1.

Imortalidade por Meio da Religião

O uso da religião como forma de escapar (vencer) à morte não é assunto novo, sendo ela, muito provavelmente, o primeiro modo concebido pelo ser

¹² Para Heidegger, a morte é a possibilidade na impossibilidade. O *não-ser* como sendo a essência da existência. E é exatamente neste sentido que aqui se usa a expressão “*ser-para-morte*” (NUNES, Benedito. *Heidegger & Ser e Tempo*, 2002, p.22).

humano para assenhorar-se do desconhecido. E não há dúvida de que a religião oferece ao indivíduo o conforto da imortalidade: em todas as grandes religiões, ocidentais ou orientais, há sempre o mito do fundador que vence a morte. A universalidade da religião não é outra coisa senão o horror que o ser humano sente diante de sua própria extinção e da falta de significado para a vida.¹³

Ela teria o papel de satisfazer, no ser humano, sua necessidade de transcendência e, nesse sentido, apoiá-lo para experimentar uma vida menos assustadora diante das não-respostas para suas questões existenciais.

A religião interpreta o ser humano, dota a vida de significado e deixa que a morte se torne mais aceitável, fazendo com que a extinção terrena seja não mais que uma passagem para um outro tipo de existência, oferecendo, assim, uma perspectiva menos ameaçadora para a finitude. Além disso, por meio dela, se explica a não extinção completa do *outro* que morreu, deixando no sobrevivente a idéia confortante do reencontro futuro (EARP, 1999, p.26-28).

Nesse sentido, a religião nasce da necessidade do ser humano de se livrar da angústia e do desespero diante da finitude. Mas, após a secularização do pensamento, para muitas pessoas ela não passa de uma forma autoritária de conceber a realidade e, na busca de objetivação de si mesmo, o ser humano passou a construir outros subsídios que pudessem, da mesma forma, controlar seu desespero diante da extinção e da falta de significado para a vida. Assim nasceram as ideologias de significação da existência, que não são outra coisa senão uma outra forma de voltar-se para a transcendência.

2.6.2.2.

As Ideologias de Significação para a Existência

A fim de explicar o mundo não mais por meio da religião, mas por algo (ainda exterior) cognoscível, as ideologias buscam, de forma racional, ressignificar o ser humano e sua condição de desamparo.

É possível conceber três tipos de ideologias que servem bem a este papel ressignificador: (a) as sociais; (b) as conformistas e as (c) pessoais (EARP, 1999).

¹³ Aqui não se está a fazer qualquer crítica a religião, mas apenas se tentará demonstrar como o ser humano a utiliza para não somente significar sua vida, mas também para garantir sua imortalidade. Não serão tecidos comentários acerca do fenômeno religioso em si, uma vez que fugiria do objetivo aqui proposto.

Em relação às duas primeiras, a análise detida de seu conteúdo foge ao objetivo da presente pesquisa (não serão feitos mais que apontamentos); já em relação ao terceiro tipo de ideologia, alguns parágrafos serão necessários, pois afeitos ao tema aqui proposto.

2.6.2.2.1.

Ideologias Sociais

Ao enfatizarem as questões de cunho social, estes tipos de ideologias conseguem reduzir a vida ao que está sempre *além* do indivíduo. A demasiada preocupação com assuntos pessoais é sempre mostrada como algo ruim ou egoístico, em que o narcisismo e o individualismo são vistos como os dois grandes vícios.

O realmente digno de ser valorado não está nunca no sujeito, mas sempre além dele. Dessa forma, preocupar-se com a própria extinção, tendo em vista as questões maiores envolvendo a todos, seria o oposto da virtude esperada (EARP, 1999, p29).

Enfrentar a própria extinção quando se têm em mente objetivos altruísticos para com a humanidade é algo confortador. Além do pensamento em relação ao castigo divino encontrar-se fora de cogitação, seria exatamente o não-sofrimento pela sua própria finitude que faria com que a vida do indivíduo se mostrasse íntegra e dotada de significado.

Ao ter somente os olhos voltados para o *outro*, o sujeito alcança a possibilidade de esquecer de si mesmo e, no caso destes tipos de ideologias, o esquecimento é valorado como positivo pela sociedade. Entretanto, não é possível deixar de dizer que é irreal querer doar o que não se tem, ou seja, senso de humanidade. Ver no *outro* um meio de esquecer-se de si é fazê-lo objeto útil e, nesse sentido, todo valor moral da ação se perde, pois, ao final, não se está fazendo nada por ninguém além de si mesmo.

2.6.2.2.2.

Ideologias Conformistas

Há ainda um outro tipo de ideologia, as chamadas *conformistas*, formadas por pessoas que, não raras vezes, fazem parte do que é possível chamar de *menos favorecidos*, seja material, espiritual ou intelectualmente.

São indivíduos que possuem um estado crônico de frustração e a vida não significa nada além de uma constante luta para evitar os desprazeres. Não se pensa em realização coletiva ou pessoal, mas tão-somente em uma busca desenfreada pelo não sofrimento (e não pelo prazer).

Nas palavras de Earp (1999, p.30-31), são pessoas que acordam cedo para executar as tarefas diárias e, ao anoitecer, agradecem o fato de não terem sido escolhidas para enfrentar um sofrimento adicional, além do que já suportam diuturnamente. Apóiam-se no argumento de que a realidade e a frustração são indissociáveis e que, para viver, é preciso a quase completa extinção dos desejos, bem como ser possuidor de uma capacidade incomum de resignação diante do sofrimento.

Não há dúvida de que este tipo de concepção da existência prepara o indivíduo para fazer frente à morte. Se a vida é apresentada como tão destituída de prazer, não significando mais do que fonte de sofrimento, então, muitas vezes, a morte pode, inclusive, ser bem-vinda e ansiada.

Os que se encontram neste tipo de ideologia não conseguem visualizar nem a si nem a sociedade. Concebem o mundo como pura “*necessidade*”, sem conceberem nenhum tipo de “*possibilidade*” de realização. Nas palavras de Kierkegaard, ao agir assim o sujeito fica muito distante da compreensão de sua condição existencial, “*o mais que consegue fazer, lamentando a sua sorte, é aleitar o próprio egoísmo*” (2007b, p.144).

2.6.2.2.3.

Ideologias Pessoais

Outra forma de ideologia de escape é o extremo oposto da primeira. Aqui as realizações pessoais são vistas como o grande projeto a ser desenvolvido pelo ser humano. Dessa forma, o culto excessivo ao corpo, o prazer desenfreado e avalorado, o consumismo exacerbado, a obsessão pelo sucesso pessoal, a riqueza e o poder, dentre outros, são as formas viciosas de justificação para a existência. Neste contexto, existir não traz qualquer responsabilidade em relação ao *outro*, mas tão-somente a obrigatoriedade da auto-realização, seja ela construtiva ou destrutiva (pessoal ou socialmente).

Para Earp (1999, p.30) este é um modo muito particular e atual de lidar com a extinção, no qual, a partir do não-pensamento sobre a morte, por meio do entorpecimento, o indivíduo passa a lidar com sua própria finitude. Se, no primeiro tipo de ideologia, a angústia pela morte é sempre vista como algo

egoístico e, por tal razão, não deve ser levada em consideração, aqui acontece o que é possível chamar de a mais extremada forma de negação: o não-pensamento, não pelo desvalor egoístico da conduta, mas pela incapacidade de lidar com as não-respostas.

Ao se tornar adepto desse tipo de ideologia, ao invés do indivíduo buscar os questionamentos íntimos sobre a existência, prefere reduzir a vida a um número determinado de sensações corpóreas ou etéreas. Pouco é dito sobre os conflitos íntimos profundos, em troca deles, mais se conhece “*a respeito de todas as briguinhas fúteis entre homens e entre homens e mulheres, que uma aristocrática vida mundana e de saraus traz de si mesma*” do que acerca da própria vida (Kierkegaard, 2007b, p.144). Deixando de questionar a temporalidade da vida, o ser humano também deixa de conceber o *outro* como digno de respeito, pois sua vida é apenas o reflexo de suas vontades.

Este tipo de ideologia é o extremo oposto das proposições de Hobbes, para quem, ao deixar o “*estado de natureza*”, o ser humano teria a obrigação de se responsabilizar perante os demais, deixando de praticar atos que pudessem prejudicar a convivência social. No entendimento do filósofo, segundo Travessoni Gomes (2004, p.81-82), é o Estado que evita a *luta de todos contra todos*. O agir humano, para Hobbes, deve se direcionar para o coletivo e não para as inclinações pessoais subjetivas. Sé é criticável a posição extremada adotada por sua filosofia, na qual ao soberano caberia o papel de prescrição do justo e do injusto, a fim de evitar o retorno ao “*estado de natureza*”, também é digna de nota a concepção de que as ações humanas, se guiadas apenas pela subjetividade individual, não conduzirá a outro fim que não a barbárie.

Vários temas mereceriam análise neste contexto de ideologia pessoal, principalmente por ela ser a que maior enfoque recebe no presente trabalho. Entretanto, por estar mais afeito ao objeto da pesquisa, somente alguns de seus desdobramentos serão, ainda que sucintamente, abordados.

2.6.2.2.3.1.

Culto a Juventude

Desde tempos imemoriais, a vaidade ocupou lugar no pensamento e no tempo do ser humano, entretanto, a sociedade moderna, ao que parece, elevou a preocupação estética à categoria de necessidade básica.

Essa cultura, voltada para a garantia da *eterna juventude* e para a adoração extremada da aparência, nada mais é do que a prova de que envelhecer – perecer - está *fora de moda*. Nesse sentido, ser jovem é ser eterno; não é outra a razão porque os corpos moribundos causam tanta repulsa no observador moderno. Como a ação do tempo já pode ser aplacada pela engenhosidade da tecnologia moderna, não sendo possível ao ser humano imaginar até onde vai chegar a protelação da velhice e, por extensão da morte, não é difícil o entendimento de que é imperioso ao sujeito moderno se manter longe dos velhos e moribundos, a fim de que eles não sejam a prova viva de que o tempo não pode ser vencido (PY & TREIN, 2006, p.1356).

Desse modo, o idoso¹⁴, que se imagina mais próximo da morte, é rechaçado, a fim de que o desamparo essencial diante do imponderável possa ser vencido, se não mais pela figura do divino, que seja então o próprio ser humano o condutor ao *caminho da imortalidade*: elevando a juventude à *imagem e semelhança* daquele que vence o *tempo* e se torna imortal, projetando as rugas de seus próximos para longe de si.

Quanto mais liberto das antigas amarras dogmáticas do passado – que garantia a vida eterna -, maior é a busca pela *imortalidade terrena*. Para Horta (1999, p.29), o temor da morte, advindo da própria condição humana, ainda é mais acentuado em uma sociedade “*adoradora da juventude, idólatra da tecnologia, do progresso, do poder e dos bens materiais; e iconoclasta da intangível, mas imanente espiritualidade humana*”.

O desejo de juventude do ser humano moderno é bem mais abrangente do que o cuidado ordinário com o corpo e com o bem-estar global. Ele é histérico e insaciável, pois o envelhecimento e a degradação não podem ficar amostras nas rugas que o tempo irremediavelmente vai cunhando na pele: ainda que a idade não cesse de avançar, suas marcas devem ficar apagadas.

Para Carrière (2007, p.115) a velhice é vista como vergonhosa, pois, o que conta para o ser humano moderno é só a aparência física jovem e saudável. Dessa forma, o *ser* acaba por se apagar diante do *parecer*. A *Loucura*, que ganhou voz com Erasmo de Rotterdam (2002, p.23), afirma que é *ela* a responsável pelo *esquecimento*, que recupera a juventude e insensivelmente dissipa as mágoas pelo tempo que não volta atrás.

¹⁴ Esta pesquisa não é dirigida especificamente ao enfermo idoso, no entanto, diante do tema aqui tratado, ele é o sujeito mais provável de se ver em uma situação de indignidade no processo de morte.

Para perpetuar a idéia de juventude eterna no ser humano, o papel da medicina é fundamental: seja a estética, que aplaca as marcas do tempo; seja a curativa, que tenta a todo custo *recuperar* o organismo que envelhece. Assim compreendida, ela acaba se apresentando como protetora contra a finitude, o que, mais tarde, fará com que esta ciência se depare com problemas éticos nascidos de sua própria pretensão.

Esta busca de ser eternamente jovem pelas mãos da medicina acaba por trazer aquilo que Heidegger já previa: uma planificação das pluralidades, com modelos de beleza e saúde pré-estabelecidos, que dão cabo de marginalizar aqueles que não se inserem – seja natural ou artificialmente, além de um apego exagerado a um corpo que se nega a envelhecer, impossibilitando, assim, que o portador desse corpo compreenda sua condição de criatura e, deste modo, ao conceber a temporalidade de sua existência, se comprometa seriamente com a existência dos demais.

2.6.2.2.3.2.

Consumismo, Dinheiro e Poder

O consumismo é outro ponto de suma importância que, ao se apresentar de modo avalorado e exacerbado, acaba por auxiliar o ser humano moderno na construção do *esquecimento* sobre finitude. Como imperativo da sociedade moderna, o consumir acaba por gerar sujeitos incapazes de valorar moralmente. Não é outro o entendimento de Hussemann (2005, p.36), para quem o medo de si próprio tornou o ser humano um consumidor complacente, em um movimento cultural que oferece todo tipo de auto-atordoamento. Mas essa falta de entendimento de sua condição existencial, marca do século XX, acabou por gerar a perda de critérios morais capazes de garantir uma convivência harmônica entre as pluralidades.

Py e Trein (2006, p.1358), baseando-se nos estudos de Áries sobre o histórico da morte no Ocidente da Idade Média até os presentes dias, afirmam que o enfrentamento da sociedade com sua finitude, no século XX, resultou em um apagamento da morte do cenário social, ocultando-a na assepsia dos hospitais, o que demonstra, segundo os autores, uma “*estratégia de negação utilizada pelo social, regida pela exigência voraz do consumo*”.

O modelo econômico vigente exige, para Py e Trein, que a morte passe quase despercebida, a fim de que o sofrimento do luto e os questionamentos da

finitude não acabem por obstruir um mercado sedento por consumidores, incapazes de valorar moralmente seu ato.

Também o dinheiro – transformado pelas sociedades modernas em poder – é outro instrumento que garante um entorpecimento provisório. Com ele se compram carros, casas e aviões; se pagam cirurgias estéticas e curativas; se conquistam pessoas; se insere o sujeito na sociedade, todavia, não é suficiente para garantir o único desejo verdadeiro do ser humano: o de imortalidade.

Com a imersão nas delícias do consumo, do dinheiro e do poder, o ser humano deixa de pensar em objetivos ou significados para a existência. Assim, o mal e a morte são espantados por meio da produção vertiginosa, do consumo desenfreado e avalorado e da resignificação do valor do dinheiro como instrumento de poder. O prazer, necessário à existência, quando mal dimensionado, conduz, no entendimento de More (2003, p78), à perversidade e à malícia obstinada dos desejos ignóbeis, transmutados em prazeres soberanos e necessários, e mesmo, causa primária da existência.

2.6.2.2.3.3.

O Amor: sensual e romântico

O consumo, antes destinado apenas aos bens materiais, na sociedade moderna acabou por abarcar todos os campos da vida social. As relações interpessoais não ficaram de fora da lógica do mercado: consumir pessoas é o novo e assustador imperativo da modernidade. A nobreza do sentimento afetivo foi transformada pelo espírito glacial, mas continuou a merecer o nome de *amor*.

O ser humano, visto como fim em si mesmo em Kant, foi deixado de lado e o *outro* passou a ser visto dentro da mesma lógica de descartabilidade de uma *coisa*. Assim concebido, o *outro* se torna somente uma oportunidade de distração.

Não que a sensualidade não estivesse presente desde os primórdios da sociedade, mas o que se mostra hoje é uma sensualidade incapaz de saciar-se, com uma infeliz “*espiritualização da carne*”, que não leva a outro caminho que não o da busca desenfreada pelo prazer erótico.

As relações sexuais passaram, assim, a serem vistas como *pontes* para a completude desejada pelo ser humano que, não conseguindo a fusão com o infinito, por meio delas, torna-se, como Don Juan, um eterno consumidor de pessoas, para quem uma relação necessariamente conduzirá a outra, em uma busca que nada mais é, que a busca pela significação de si mesmo.

Os envolvimento deixam de ser afetivos e se tornam excessivamente erotizados. Relações nas quais o *amor*, quando apreendido, não tem outra finalidade senão a de fazer com que o sujeito se olvide da sua condição de desamparo absoluto.

Consumindo a todos, os sujeitos não precisam, a exemplo dos ensinamentos de Kierkegaard, escolher entre as possibilidades oferecidas pela existência, fazendo com que o gozo seja a única e última meta da vida, em um verdadeiro entorpecimento existencial (LE BLANC, 2003, p.57). O prazer eticamente avaliado é confundido com o prazer avalorado, que não busca outra coisa que não a satisfação pessoal de todos os desejos.

Aqui caberia uma diferenciação feita pela psicologia entre prazer e gozo. Ao olhar uma bela paisagem, assistir a um bom filme, ver os filhos crescendo, ter relações sexuais com alguém querido, por exemplo, o sujeito pode experimentar um enorme prazer e não haveria qualquer problema em viver em busca destas satisfações, pois dariam ao sujeito a impressão de haver sentido na existência.

Já o gozo é o prazer avalorado, no qual o importante seria somente a satisfação dos sentidos, por mais aviltantes ou degradantes que estes prazeres se apresentem, que tenta conter, de todos os modos, a angústia inconsciente pelos temores existenciais. Não há a figura do *outro*, mas tão-somente o *eu* insaciável.

Para Le Blanc (2003, p.57), aqueles que buscam somente o gozo, logo sofrerão com a “*brevidade dos dias diante da infinidade dos desejos*” e não alcançarão outra coisa que não sua impotência existencial e, com ela, uma sensação de desamparo profunda diante da finitude.

Uma das formas mais interessantes desta angústia existencial, advinda de uma vivência voltada apenas para os sentidos, é o que Kierkegaard (2007b, p.142) chamou de *demoníaco*, que seria a *angústia diante do bem*, uma angústia diante da eternidade e da necessidade de se estabelecer um compromisso positivo com a vida. Para o autor, quem vive apenas o momento presente não estabelece um compromisso com a possibilidade do *bem*, por ele denominado *continuidade*¹⁵ (LE BLANC, 2003, p.58).

¹⁵ O que Kierkegaard chama de *continuidade*, Dworkin chama de *integridade*. “As pessoas consideram importante não apenas que sua vida contenha uma variedade de experiências certas, conquistas e relações, mas que tenha uma estrutura que expresse uma escolha coerente entre essas experiências – para algumas, que demonstre um compromisso inequívoco e autodefinidor com uma concepção de caráter ou realização que a vida como um todo, vista como uma narrativa integral e criativa, ilustre e expresse”. (DWORKIN, Ronald. *O Domínio da Vida*, 2003, p.290).

O *demoníaco* se apresenta ao ser humano por meio do vazio existencial e do tédio, geradores de uma angústia absoluta e combustível perene para a eterna sede por situações ainda não experimentadas, o que, para Kierkegaard, deixa a existência perpetuamente corrompida (2007b, p.147).

Mas, não é apenas o amor sensual que retira do ser humano a sua capacidade de questionar-se acerca de sua finitude. Não raras vezes, o amor romântico é também usado como uma espécie de *válvula de escape* para os questionamentos existenciais.

Ao buscar se fundir no *outro*, muitas pessoas experimentam a completa ausência de angústia pela finitude. O sujeito questionador desaparece e, em seu lugar, o *nós* se apresenta, não mais como objeto de análise, mas sim como encantamento alienante. Não é outra a atitude do protagonista de *Memória de Minhas Putas Tristes*, de Márquez (2005, p.95), quando afirma que sempre havia achado que morrer de amor era pura licença poética, mas que chegava à conclusão de que não era assim: mesmo velho, estava morrendo de amor, pois eram inebriantes as delícias de seu desassossego. Ou do protagonista de *Primeiro Amor*, de Beckett (2004, p.16), que trocou suas dores existenciais pelo pensamento em sua amada *Anne*.

O apego excessivo a uma outra pessoa, ao contrário do que pensavam os românticos, pode não ser sinal de nobreza de sentimento, mas sim uma forma de vencer a própria mortalidade por meio da junção. No entendimento vulgar, “as pessoas morrem, mas o amor não”. E, assim, o que passam a chamar de amor não é nem mesmo uma cópia infiel daquilo que poderia ser considerado um sentimento nobre, traduzido como *um modo de ser para com o mundo e não um ato excessivo, limitado a uma única pessoa* (YALOM, 2007, p.19-20).

O desejo por transcendência é feito por meio da figura do “*outro divinizado*” e o parceiro amoroso não é senão o ideal divino no qual a própria vida se realiza. Todas as necessidades morais e espirituais são dirigidas a um só interlocutor, que passa a ser o responsável pela vida e pela morte do parceiro, pois o “*amante apaixonado não vive em si mesmo, mas na pessoa que se apoderou do seu coração*” (MORE 2003, p.115).

Esta “*beatificação*” do *outro*, conforme ensina Becker (2007, p.205), traz consigo um indicador de insucesso, pois nenhum “*relacionamento humano pode suportar o ônus da divindade*”. O que faz de Deus um objeto espiritual perfeito é exatamente, como disse Hegel, o fato de ser abstrato e, desse modo, não limitar o crescimento do adorador em virtude de Suas vontades ou necessidades pessoais.

Não raras vezes, se esconde por trás de um amor romântico um sujeito com profundos questionamentos acerca da existência que, na impossibilidade de resolvê-los, transfere-os para a figura do *nós*. E, nesse sentido, o amor deixa de ser amor para ganhar uma *função*: a de *salvar* o ser humano de seu desespero essencial.¹⁶

2.6.3.

Integridade da Existência pelo Caminho Ético

Se, até o momento, todas as saídas encontradas pelo ser humano para se manter longe de si mesmo sofreram questionamentos, existiria, então, alguma forma de o ser humano se sentir um pouco menos desamparado frente a sua existência efêmera e frágil? Nunca com o objetivo de concluir um assunto desta magnitude, mas alguns apontamentos feitos por Kierkegaard podem ser úteis para um sério enfrentamento da finitude.

Para este autor, a saída possível para a angústia do ser humano residiria no que ele denominou *salto dialético*. Segundo ele, haveria três esferas da existência: a estética, a ética e a religiosa. Quando o sujeito deixa a primeira esfera e a segunda “acontece”, o ser humano estaria no caminho da ética (PAULA, 2001, p.113-16).

O *salto* do primeiro para o segundo estágio é o que interessa ao trabalho. Eis que a terceira esfera de Kierkegaard é uma questão de crença e, neste sentido, alheia ao objetivo aqui estabelecido.

Para Kierkegaard, não haveria uma evolução entre o estágio estético e o ético, mas sim um acontecimento. Seria a tomada de consciência do fracasso da vida puramente estética e da necessidade de escolha, diante das possibilidades apresentadas pela vida ética. Esta tomada de consciência acontece quando o indivíduo percebe que o que o diferencia no mundo e o torna merecedor da denominação *humana* são exatamente as escolhas que faz durante seu curso.

Entre a vida estética e a ética há um interestádio chamado de ironia que é quando o sujeito vê as possibilidades tanto da vida finita (estética) quanto da infinita (ética), porém, ainda não se decidiu pela ética. O caminho da ironia, em Kierkegaard, é o das contradições, em que o sujeito experimenta a vida ética e a estética, ao mesmo tempo. Somente quando houver a escolha pela vida ética é que o sujeito sairá da ironia (LE BLANC, 2003, p.58).

¹⁶ Para maiores esclarecimentos sobre o tema, ver YALOM, I. *O Carrasco do Amor e Outras*

Percebendo o desamparo trazido pela vida estética, o ético, segundo Kierkegaard, deseja organizar os prazeres em vez de viver por eles. O ético não renuncia aos prazeres, mas fixa-lhe limites – que são as normas morais. Não há uma negação da estética, mas apenas uma reavaliação de sua dimensão e importância frente à necessidade ética.

A vida ética implica em uma busca do que Dworkin (2003, p.305) chamou de *Integridade*, que em Kierkegaard é chamada de *continuidade*, que faz com que o sujeito perceba que as escolhas devem ser feitas a fim de dar um sentido de continuidade à história de sua vida. A diferença estaria que, em Kierkegaard, a base da vida ética seriam as normas morais que, em Dworkin, não representam mais que uma escolha pessoal e, portanto, não passível de valoração, senão pelo próprio sujeito que as acolheu. Se, para o estético, a vida é vivida pelo instante, para o ético de Kierkegaard, ela é vivida no tempo. O ético renuncia ao instante a fim de conformar-se com o universal.

Para o ético, a constituição de sua personalidade é o dado fundamental da existência. Contudo, não se trata de uma exclusão do mundo, a fim de afirmar a soberania absoluta do *eu*. A razoabilidade e a compreensão do caráter social de sua existência fazem com que o ético leve em conta o *outro*. O dever do ser humano ético, para Kierkegaard, é identificar o que é exigido dele, e conciliá-lo com as especificidades de suas escolhas. Em outras palavras, conciliar a vida moral à sua vida interior.

Em suma, o ético percebe o valor transitório e efêmero do real e, percebendo que nada sólido pode ser erguido sobre o mundo da natureza, refugia-se em sua interioridade, na qual reconhece os valores morais capazes de construir sua personalidade e, ao mesmo tempo, possibilitam sua convivência com os demais (KIERKEGAARD, 2007a, p.53). Opta por escolher os valores morais, pois compreende que eles representam a liberdade. “O ético é aquele que quer ser livremente o que quer e que consegue conciliar sua vontade com a vida social sob a forma do dever” (LE BLANC, 2003, p.57).

Não o dever pelo dever, ou seja, o ético não cumpre seu dever de forma avalorada, mas sim como algo constitutivo de sua personalidade. Dessa forma, deve *escolher* o dever e não apenas cumprir o *dever*, pois compreende que sua liberdade só triunfará quando o *dever* for uma escolha e não uma imposição.

O ético não é um romântico em relação à natureza dúbia e contraditória do ser humano, ao contrário, a reconhece - o que seria impensável para o esteta,

excessivamente preocupado com seus prazeres – e, mesmo assim, age conforme o dever. A grande descoberta da ética de Kierkegaard é a constatação de que a existência e o erro são indissociáveis e esta tomada de consciência leva o ético à subjetividade e ao reconhecimento de seu papel fundamental na construção da sua personalidade e na responsabilização com o mundo circundante (LE BLANC, 2003, p.66).

2.6.4.

Apontamentos Conclusivos

Tudo considerado, ainda que estas formas de ideologias continuem sendo freqüentemente usadas pelo ser humano moderno, de acordo com Earp (1999, p.32) essas produções culturais – substitutas da religião – também passaram a sofrer questionamentos com a fomentação do pensamento crítico e com as transformações das condições sociais.

Se o advento da ciência e da tecnologia colocou a religião em questão, o pensamento crítico colocou as ideologias em xeque, ao analisar as determinações econômicas, sociais e psíquicas envolvidas em cada tipo de concepção.

Assim, não podendo mais agarrar-se de forma acrítica aos (in)seguros amparos externos, é tarefa do ser humano moderno olhar para si e compreender – dentro do possível – sua existência. Nunca com a pretensão de se definir, pois, como bem coloca Ponde (2003, p.120), *“a tentativa de definição do homem é tão problemática quanto a de Deus, para não dizer impossível – uma autêntica modalidade de ação do mal”*.

Alguém bem resolvido no mundo, tanto em relação às questões existenciais primárias quanto em relação aos questionamentos cotidianos, não é mais que alguém que, na realidade, está vivendo a partir de um esboço de si mesmo, projetando este esboço de modo contínuo, a fim de que sua vida tenha, de alguma forma, um significado que não seja somente a experiência biológica. Que consegue, a despeito de sua humanidade (contraditória e inacabada), conduzir a vida de modo íntegro, exercitando sua liberdade, mas nunca se olvidando de que vive em relação com os demais e, nesse sentido, é também responsável pelos demais.

A vida entorpecida pela busca desenfreada da satisfação dos desejos, que são infinitos se comparadas ao corpo finito, pode acabar não trazendo ao ser humano mais do que fragmentação. A beleza que *redime* o ser humano de

suas angústias é a *beleza para o bem*. A beleza da vida, se tomada como um juízo estético, não é nada mais que um vazio. Assim como a liberdade pela liberdade degenera, o belo pelo belo também degenera.

2.7.

Sociedade

Anestésica

Para nós é pesado, até, ser gente, gente com corpo e sangue autênticos, próprios; temos vergonha disso, consideramos tal fato um opróbrio e procuramos ser uns homens gerais que nunca existiram. Somos natimortos, já que não nascemos de pais vivos, e isto nos agrada cada vez mais. Em breve, inventaremos algum modo de nascer de uma idéia (DOSTOIÉVSKI, 2000, p.146-47).

2.7.1.

Dor e Sofrimento: distinção possível

A dor é um alarme do corpo que impulsiona o organismo a atuar de forma a restabelecer a saúde. Ela tanto pode ser física como psíquica. Também é possível que seja ou não proporcional à magnitude da lesão. Nesse sentido, cada queixa de dor deve ser analisada em separado e não é possível estabelecer uma escala precisa de valores para se aferir a dor de um indivíduo doente (AGUARÓN, 2003, p.15-16).¹⁷

Já o sofrimento é a percepção psíquica de uma ameaça. No caso da terminalidade, ele advém do desejo de restabelecimento da saúde e da impossibilidade de satisfação desta vontade.

Para Aguarón (2003, p.21) enquanto a dor é sempre física e psíquica ao mesmo tempo (o sujeito sente e a identifica como sendo uma dor), o sofrimento atinge o caráter simbólico do sujeito (representando um impedimento para o pleno exercício de algo que poderia se obter, caso o sofrimento não estivesse presente).

Compreendendo de modo um pouco diverso, Larrea (1996, p.151-52) afirma que o sofrimento é o aspecto subjetivo da dor e, ainda que se possa paliar a dor por meio de medicação, o sofrimento, segundo o autor, é parte da existência, sem o quê a vida humana deixaria de ser humana e o sujeito não

¹⁷ Cabe ao médico a avaliação da dor enfrentada pelo paciente. Nas sábias palavras de Sören Kierkegaard: "Porque há sempre, no médico, um homem experimentado, que desconta metade do que dizemos sobre nosso estado. Se ele pudesse confiar sem reserva em todas as nossas

alcançaria mais do que frustração, uma vez que o desejo pelo absoluto não-sofrimento é impossível de se realizar.

Não importa se adotando um ou outro conceito, o relevante aqui é que a atitude pessoal, tanto diante da dor quanto do sofrimento, pode mudar de modo significativo, a depender da forma como o sujeito aprendeu a lidar com as perdas que necessariamente aconteceram durante sua existência.

A dor e o sofrimento, vistos sob o ângulo puramente clínico, merecerão análise quando da exposição dos cuidados paliativos na terminalidade. Por ora, bastam os conceitos acima para elucidar o que aqui se propõe.

2.7.2.

Conseqüências da Analgesia Existencial na Terminalidade

Sem ignorar outras vertentes, é possível afirmar que a mudança de perspectiva da sociedade moderna no entendimento da dor e do sofrimento, estes, inerentes à própria condição de *humanos*, é um fator relevante no contexto de negação da morte que se assiste na atualidade.

Susan Sontag (2007, p.68) afirma que a doença passou a ser vista pela sociedade moderna como uma degeneração. Metáforas, como o uso da expressão *câncer* a fim de sugerir, por exemplo, o mal da corrupção, são freqüentemente usadas e, dessa forma, reforçam a idéia de que a doença não ser algo inerente à vida, mas sim uma degenerescência desta.

Ligy Py e Franklin Trein (2006, p.1357) fazem contundente abordagem acerca do *tempo na experiência do envelhecimento*, afirmando que o tempo, como realidade física do corpo, humano e mortal, impõe ao organismo condições. Assim entendidas, vida e morte seriam contingências corpóreas físicas. E prosseguem os autores afirmando que os seres humanos parecem não se dar conta de sua finitude e tentam dominar a morte a todo custo, sendo a busca desenfreada pelo prazer não valorativo, uma clara demonstração de busca pela infinitude.

Essa busca pelo prazer a qualquer custo é resultado de uma sociedade voltada para o consumo e para o bem-estar, que preconiza que a vida só vale a pena se adjetivada pelo prazer. Para uma cultura narcisista, a vida é consumir e ter prazer, dor e sofrimento são experiências não dotadas de tal atributo e, dessa forma, vistos como uma anomalia (PY & TREIN, 2006, p.1357).

impressões individuais, como estamos, onde sofremos, etc., o papel do médico seria apenas

Para Junges (2006, p.303) o ser humano moderno sente um mal estar tremendo quando se vê frente à dor e ao sofrimento, pelo fato de a sociedade de consumo sempre mantê-lo distante de si mesmo. Há um entorpecimento dos sentidos a fim de se evitar o encontro necessário entre o ser humano e sua própria finitude. Neste contexto, doença, sofrimento, dor e, conseqüentemente, a morte, são vistas como degenerações. Segundo o autor *“outras culturas armazenaram práticas e significados para fazer frente ao sofrimento que o homem pós-moderno¹⁸ não detém mais”*.

A cultura da não reflexão e do prazer irreflexivo, segundo Cassorla (2004, p.02), não suporta a frustração e isso tem uma contribuição decisiva para a forma como o sujeito lida com a morte e com o processo de morrer.

A incapacidade do ser humano moderno de compreender as perdas sucessivas que acontecem durante a vida, sejam elas biológicas ou materiais, se dá em decorrência de sua falta de preparo para lidar com a dor e com o sofrimento, para os quais sempre encontrou uma *pílula* que dê alívio.

2.8.

Kierkegaard e Heidegger: a finitude enquanto fonte de aprendizado

[...] sob certo aspecto, é mais fácil aos indivíduos levianos, e requer menor responsabilidade, descrever com palavras as coisas inexistentes do que as existentes, mas como historiador respeitoso e consciencioso dá-se justamente o contrário: não há nada que fuja tanto à descrição por meio de palavras e que seja mais necessário apresentar aos homens do que certas coisas que não têm aparência real e cuja existência não se pode comprovar, mas que, justamente pelo fato de indivíduos respeitosos e conscienciosos as tratarem como coisas existentes, são levadas a dar mais um passo em direção do ser da possibilidade de nascer (HESSE, 2003, p.13).

Tudo considerado, já é possível concluir que a sociedade moderna necessita, de modo urgente, aprender a lidar com a finitude. A negação da angústia trazida pela morte não faz com ela desapareça. Ao contrário, se torna mais forte, todavia, não localizada. Não seria leviano afirmar que mecanismos de

ilusório”.(KIERKEGAARD, Sören, O Desespero Humano, 2007a, p.28) .

¹⁸ Neste trabalho, não se diferencia modernidade de pós-modernidade. As diferenças apresentadas por alguns autores mostram que, na pós-modernidade, teria havido um questionamento do alcance da razão, bem como a crítica à aplicação mecânica de teorias abstratas à realidade. Contudo, conforme afirma Rouanet, o acréscimo do prefixo *pós* tem muito mais o sentido de exorcizar o velho do que propriamente articular o novo (ROUANET, Sérgio Paulo. *As Razões do Iluminismo*, 1988, p.217).

defesa ainda mais alienantes do que os citados no capítulo anterior poderão surgir para o alívio ilusório das dores da existência.

Sua marca infinita ordena que o sujeito seja levado em consideração quando das decisões sobre sua morte. Se, para o médico, ele é um paciente; para os familiares, um ente querido; para os teólogos, uma alma e para os químicos, um aglomerado de átomos, para o próprio moribundo ele é único e especial, dotado de significado e importância e, portanto, deve ser considerado como tal pelos que participam do processo de sua terminalidade.

A idéia neste último capítulo é trazer pensamentos filosóficos ocidentais que corroborem a análise até aqui apresentada, tanto no sentido de que o ser humano nega de modo desmedido sua própria efemeridade, quanto em relação ao prejuízo existencial que tal atitude pode acarretar.

Tanto a construção filosófica de Kierkegaard, quanto à de Heidegger, fornecem fecundo material de análise do tema da finitude humana e, em decorrência disso, os dois autores são chamados ao diálogo. O primeiro apresenta uma visão mais religiosa sobre a existência humana; o segundo busca no próprio ser humano as respostas para sua existência, em comum, ambos concebem a morte como a possibilidade de se *viver para o mundo*, pois seria a partir da compreensão de sua finitude que o ser humano teria condições de avaliar a condução de sua existência e sua responsabilidade perante a existência dos demais.

2.8.1.

Kierkegaard: a possibilidade como traço caracterizador do ser humano

Aclamado por muitos como o precursor da psicanálise moderna,¹⁹ Kierkegaard foi um autor que dedicou valorosas páginas ao estudo da essência do ser humano. Sua filosofia é marcada pela defesa do indivíduo e de sua singularidade. Autodenominava-se um filósofo religioso, mas o cristianismo do qual o filósofo fala no decorrer de sua obra não é catolicismo, mas sim um cristianismo reformado por uma nova compreensão do fenômeno religioso, que constata a crise entre a condição humana e suas fraquezas e a exigência divina de perfeição (LE BLANC, 2003, p.19).

¹⁹ BECKER, E. *A Negação da Morte*, 2007, p.93.

O conceito de *possibilidade* é a *pedra angular* da construção da filosofia de Kierkegaard que, segundo Le Blanc (2003, p.48) pode ser completamente apreendido na questão clássica de Hamlet: *ser ou não ser!* Não como um ser “no mundo”, mas sim o de se ser “quem se é”.

Sua obra é uma análise gigantesca da condição humana. Aqui não se terá a pretensão de reproduzir todo o vasto pensamento kierkegaardiano; serão esboçados apenas alguns conceitos que dizem respeito diretamente ao tema proposto.

Em Kierkegaard, o conceito de *possibilidade* é o traço caracterizador do ser humano. Ela estabelece o próprio existir do ser humano, não se referindo a um *admir* ou a um *sobrevir* do estado das coisas. Assim, afirma o autor, a vida não é somente o *bios*, com seu movimento próprio de vida e morte. Sua existência e a relação que mantém com o mundo e com os outros são o que caracterizam a possibilidade do ser humano (LE BLANC, 2003, p.48-49).

Para Kierkegaard, a possibilidade é algo contingente, em suas palavras: “*Digo, portanto, que existe tudo o que possui, por sua natureza, a possibilidade de fazer uma coisa qualquer ou sofrer uma ação [...] E é por isso que coloco essa definição: os seres não são nada além de possibilidade*” (Apud, LE BLANC, 2003, p.49).

Neste sentido, o possível é a condição metafísica do que é. Assim, existir seria sempre confrontar-se com a multiplicidade das possibilidades do real. Para que algo *seja*, é preciso que antes exista um lugar, possível, mas não necessário. Para que José, por exemplo, diga a seu filho que terá um irmão, a condição de possibilidade deste anúncio é que José tenha um filho e esteja à espera de outro. Ou seja, José deve ter tido a possibilidade de ter um filho para poder fazer-lhe o anúncio. Desse modo, deve ter, antes, escolhido dentre as possibilidades que se lhe apresentavam – ter ou não ter um filho – e só depois teria possibilidade de anunciar o segundo filho ao primeiro.

O ser humano e os demais animais, segundo Kierkegaard, não se assemelhariam neste ponto: enquanto no segundo não há uma relação de possibilidade, mas tão-somente de submissão às regras da espécie; no primeiro, prevalece o indivíduo que, por sua conta e risco, assume ou não sua singularidade existencial (2007a, p.42-43).

2.8.1.1.

A Angústia da Escolha

É exatamente esta escolha “*por conta e risco*” do indivíduo que, paradoxalmente, às vezes, o faz paralisar diante de uma decisão difícil, na qual qualquer escolha parece impossível. A raiz da palavra *escolha* tem o significado de *matar*. Nesse sentido, cada escolha envolve, invariavelmente, uma renúncia; cada sim envolve um não; enfim, cada decisão elimina (mata) as outras opções (YALOM, 2007, p.19).

Todas as possibilidades abriam caminho tanto para a felicidade quanto para a infelicidade (sucesso/fracasso; vida/morte) e o sentimento de mal estar diante do desconhecido havido em cada possibilidade é o que Kierkegaard chama de angústia (KIERKEGAARD, 2007b, p.54).

Além de se relacionar com o mundo e se deparar com as inúmeras possibilidades que este apresenta, o sujeito também está em relação consigo. Nesse sentido, ele é possibilidade para si mesmo: possibilidade de se realizar como tal na existência. Mas, longe de trazer serenidade, esta relação consigo mesmo pode ser tormentosa para o indivíduo, pois, segundo Kierkegaard, o peso das infinitas possibilidades e das escolhas – finitas - diante destas, faz com que ele perceba os limites de sua existência (LE BLANC, 2003, p.50-51).

Nas palavras de Kierkegaard: “*Porque o eu* ²⁰ *é uma síntese de finito que delimita e de infinito que ilimita. O desespero que se perde no infinito, é, portanto, imaginativo, informe*” (2007a, p.34). Caso o ser humano prenda-se apenas às possibilidades da existência, de acordo com o filósofo, ele será tragado pelo *abismo* que há entre as possibilidades infinitas e a existência finita (KIERKEGAARD, 2007a, p.39). Da mesma forma que a vida não deve ser concebida apenas como *necessidade*, onde nenhuma possibilidade é vislumbrada, como é o caso do melancólico ou do deprimido, ela também não deve ser só possibilidade, sob pena do sujeito se conceber de modo fantasioso, fazendo com que sua angustia aumente ainda mais. ²¹

²⁰ Segundo Becker, o “eu”, em Kierkegaard, pode significar tanto o eu simbólico quanto o corpo físico. “É, na verdade, um sinônimo para personalidade total que vai além da pessoa e inclui aquilo que agora chamaríamos de alma ou de região do ser, da qual brotou a pessoa criada. Mas, isso não é importante para nós, aqui, exceto, para apresentar a idéia de que a pessoa total é um dualismo de finitude e infinitude”. (BECKER, E. op. cit., p.03).

²¹ Nas palavras do autor: [...] “O possível a tudo abraça, por causa de o eu ter sido tragado pelo abismo [...] tornam-se cada vez mais intensos os possíveis, sem, no entanto deixarem de ser possíveis, mas sem se tornarem reais, e no real não há em verdade intensidade se não houver a passagem do possível ao real [...] lhe falta a força para obedecer, se submeter à necessidade inerente ao nosso eu, a qual se pode denominar ‘fronteiras interiores’. A infelicidade de um eu

2.8.1.2.

A Finitude e a Possibilidade de Transcendência

Enquanto o ser humano viver imerso em sua realidade cultural, afirma Kierkegaard, ele não passará de um ser doente, pois, presa em seu caráter, a pessoa poderá *fingir* que é *alguém* , que a vida é controlável e que a morte não existe. Assim, afirma o filósofo, será preciso, primeiro, que o ser humano reconheça-se frágil e mortal, libertando-se de suas *defesas* de caráter e, somente quando houver sentido em sua boca o gosto da morte, conseguirá entender o que é a vida. Ortega, citado por Becker, que mais parece ter usado as palavras de Kierkegaard, assim define a existência:

O homem lúcido é aquele que se livra daquelas idéias fantásticas [a mentira caracteriológica sobre a realidade] e encara a vida sem temor, percebe que tudo nela é problemático, e se sente perdido. E esta é a verdade elementar – a de que viver é sentir-se perdido, que aquele que aceita já começou a encontrar a si mesmo, a pisar em terra firme. Por instinto, como fazem os náufragos, olhará em torno, à procura de algo em que possa se agarrar, e esse olhar trágico, implacável, absolutamente sincero, porque se tratará da sua salvação, irá fazer com que ele ponha ordem no caos de sua vida. São estas as únicas idéias autênticas; as idéias dos náufragos. Tudo o mais é retórica, pose, farsa. Aquele que realmente não se sentir perdido não tem perdão; quer dizer, nunca se encontrará, nunca enfrentará a sua realidade (2007 p.117-18).

Assim, é destruindo o que imagina que é, e abrindo-se para a possibilidade do *Ser* que o ser humano conseguirá, segundo Kierkegaard, encontrar aquilo que realmente é. É a negação da sua condição de criatura que levou o ser humano a uma excessiva angústia diante da realidade. Para que ele renasça, afirma o filósofo, é preciso que antes morra. É matando as mentiras que o ajudam a formar o caráter que o indivíduo terá condição de olhar para o seu universo finito particular como um meio pelo qual poderá alcançar a infinitude dentro do real (2007a, p.55).

E é exatamente ao fitar com seriedade sua finitude que o ser humano compreenderá que não poderá guiar sua vida tão-somente pela necessidade ou só pela possibilidade. A vida vista somente enquanto possibilidade levaria o ser humano ao desespero, pois a imaginação, ao conceber o infinito, não admite limites para a existência. Assim, o ser finito é colocado frente às suas

desta espécie não está em nada ter feito neste mundo, mas em não ter tomado consciência de si mesmo, em não ter percebido que esse eu é um determinado preciso e, portanto, também uma necessidade". (KIERKEGAARD, 2007a, op. cit., p.39).

infinitas possibilidades, mas, todavia, “o imaginário que transporta o homem ao infinito, afasta-o de si mesmo, desviando-o, dessa maneira, de regressar a si mesmo”.

Por outro lado, para aquele que tudo se tornou necessário, viver não será menos desesperante. De acordo com Kierkegaard, não é se guiando como um filisteu, um introvertido, ou um deus para si mesmo, que o ser humano conseguirá se livrar da sua condição de angústia (2007a, p.42-55). Para Becker (2007, p.119), cada uma destas tentativas levaria o indivíduo a uma angústia ainda maior, pois, no intuito de responder à questão existencial, acabaria por complicar ainda mais a pergunta e não levaria a outra coisa que não à perda de si mesmo enquanto possibilidade.

Pensando como o filisteu, o ser humano se acomoda na confiança de que, vivendo em um nível baixo de intensidade pessoal, poderia evitar ser desequilibrado pela existência. Mas, de acordo com Kierkegaard, isso seria uma ilusão, pois ele não conseguirá, agindo desse modo, nada além de um retrato fiel dos parâmetros da sociedade a que pertence, perdendo a cada dia a possibilidade de *Ser* (2007a, p.43).

O tipo introvertido de Kierkegaard é aquele indivíduo preocupado com o que realmente vem a ser o significado de pessoa, que gosta da solidão e se retira periodicamente para refletir. Contudo, foi tão esmagado pelas trilhas previamente traçadas pela existência, que não alcança outra coisa que não o óbvio, encobrindo o que realmente seria preciso investigar. O grande desejo do introvertido é tornar-se quem ele é, mas isso implicaria em um perigo que ele não consegue aceitar, uma vez que *tornar-se quem se é não é o mesmo de tornar-se quem se gostaria de ser* (2007a, p.49). Por isso, Kierkegaard o denomina *escravo da segurança*.

Por fim, o sujeito não poderia, de acordo com o entendimento do filósofo, *Ser*, tentando ser um deus para si mesmo. Este tipo de homem não é um mero brinquedo nas mãos da sociedade; ao contrário, ele se lança na vida, contudo, tendo em vista que a vida para ele é para ser vivida somente no dia de hoje (com uma exacerbada valoração dos sentidos). Mas quando os encantamentos dos sentidos são suspensos por alguma razão, segundo Kierkegaard, “a existência vacila, o desespero, que se ocultava, surge” (2007a, p.45).

Neste sentido, para a teoria kierkegaardiana, o ser humano é tanto necessidade quanto possibilidade a vida só teria como adquirir um valor máximo, além do valor meramente social, cultural ou histórico, quando voltada para o mistério do *eu particular*, invisível e transcendente. Entretanto, objeto o filósofo, o

ser humano nunca poderá deixar de se haver com a angústia, mas tão-somente usá-la como “*uma eterna mola para prosperar em novas dimensões de pensamento e confiança*” (BECKER, 2007, p.120-21), pois é a angústia que caracteriza a relação do indivíduo com o mundo.

2.8.1.3.

Possibilidade de Liberdade

Em Kierkegaard, a liberdade é compreendida como a possibilidade de exercício de poder, mas um poder sobre o qual não há controle das conseqüências, eis que a dualidade (bem/mal; morte/vida; dor/prazer) presente em cada escolha sempre existirá. Assim, o ser humano primeiro escolhe; apenas em um segundo momento saberá se foi uma boa ou uma má escolha e se isso trará felicidade ou o contrário.

A metáfora de Adão no paraíso, de Kierkegaard, é um bom das incertezas no exercício da liberdade. Adão vivia no Éden em profundo estado de ignorância e inocência. Quando Deus ordenou-lhe que não comesse dos frutos da árvore proibida ele, no fundo de sua inocência, não podia compreender tal vedação, pois não tinha o entendimento do *bem* e o *mal*. Do mesmo modo que não pôde entender o castigo advindo de sua atitude, eis que ignorava o que era a morte. A proibição divina, oferecia para a ignorância de Adão, a angustiante possibilidade de poder, colocando-o frente a sua liberdade, que é, nesse sentido, precisamente a possibilidade de poder (2007b, p.53).

A angústia do ser humano não se refere, em Kierkegaard, a uma possibilidade de liberdade abstrata, que se identificaria com o livre-arbítrio, mas sim a uma liberdade concreta e finita diante das possibilidades infinitas do existir. Ela é condição fundamental do ser humano diante do mundo.

Diverso é o conceito de desespero em Kierkegaard. Se a angústia é uma condição do ser humano diante do possível (no mundo), o desespero se refere à relação do ser humano consigo mesmo e às possibilidades desta relação.

Para Kierkegaard (2007a, p.19), “*o homem é uma síntese de infinito e de finito, de temporal e de eterno, de liberdade e de necessidade, em suma, uma síntese. Uma síntese é a relação de dois termos*”. O ser humano, assim, deve se reconhecer instável, sujeito à doença, à indecisão, à morte.

Reconhecendo-se frágil, o ser humano deveria, de acordo com Kierkegaard (2007a, p.53), assumir a responsabilidade e a liberdade de ser ou não ser ele mesmo. Mas, se o desejo do ser humano é ser ele mesmo, então, se

deparará com sua condição finita a limitar suas possibilidades. E é exatamente aqui que nasce o desespero a que Kierkegaard se refere, na constante tensão entre o *eu finito* e o *eu infinito*, entre o desejo de *tornar-se quem se é*, e o de afirmar-se como quem *gostaria de ser*.

2.8.1.4.

Desespero: doença até a morte

Para Kierkegaard, o desespero é o que ele denomina *a doença até a morte*, no sentido de que a única forma de livrar-se do desespero é a extinção terrena.

A fonte do desespero do ser humano, segundo Kierkegaard, é sempre advinda dos conflitos existentes no *eu*, assim, para o vaidoso, se ele não pode ser César, ele não deseja ser ninguém. O desespero vem do fato do *eu* não ter se tornado César, quando havia nele, segundo as concepções de si que projetou, todos os atributos possíveis para tanto (2007a, p.24). O desespero nasce, de acordo com o filósofo, da negação de si mesmo, em nome de um desejo de ser quem o sujeito *gostaria* de se tornar.

Tudo considerado, o desespero é a enfermidade que acompanha o ser humano até a morte, como algo que não pode ser evitado ou medicado. O desespero é advindo da tentativa de negação da própria condição de criatura e da busca impossível da auto-suficiência.²²

2.8.1.5.

A Fé

Para Le Blanc (2003, p.93) é a relação que se estabelece entre a infinidade do possível e a condição existencial do indivíduo, que se define como *Finitude Humana*. Para este autor, esta condição finita não é representada somente pelas limitações intrínsecas ao organismo vivo dotado de ciclo de nascimento e morte, mas também, pelo confronto com o possível da existência. Dessa forma, existir, seria a permanente confrontação do *possível* com o *real*, diante da concretude da existência humana. Ou seja, é a permanente análise da vida diante da temporalidade da existência.

²² Para maiores esclarecimentos acerca da vivência na necessidade absoluta ou na possibilidade absoluta, ver BECKER, 2007; KIERKEGAARD, S. *O Desespero Humano*, 2007, p.42-70; KIERKEGAARD, S. *O Conceito de Angústia*, 2007, p.142-61.

Em Kierkegaard (*Apud* PAULA, 2001, p.119), a saída para esta condição na qual a incomensurabilidade da finitude e as possibilidades infinitas viveriam em constante choque, seria a fé. Ela, segundo o filósofo, é o único caminho que pode devolver ao ser humano o equilíbrio entre a infinidade do possível e a finitude humana, diminuindo a angústia, o desespero e os excessivos temores da existência.

Kierkegaard está falando da fé em Deus, mas não seria impossível pensar em fé fora do contexto religioso, conforme já demonstrado por Becker e estudado em momento oportuno nesta pesquisa. Se o conhecimento do *Ser* pela ciência é inapreensível ao ser humano, então, tudo o que ele eleva à categoria de verdade nada mais é do que sua convicção, e nesse sentido, sua fé de que algo maior o sustenta. O ser humano não se faz a si próprio sem algo externo que o conforme, seja uma religião, uma seita, um conjunto de valores, uma ideologia, uma crença, enfim, algo que faça com o mundo seja um pouco mais factível e mais compreensível do que deveras se apresenta.

2.8.2.

Heidegger e O Ser e o Tempo

Heidegger foi outro filósofo que dedicou grande parte de sua obra à compreensão do ser humano, concebendo a “*experiência da existência no tempo*”, como uma forma inigualável do homem vir a conhecer seu autêntico *Ser*. Influenciado por leituras como as de Nietzsche, Kierkegaard, Dostoiévski, Hegel e Schelling e pelos poemas de Rilke e Trakl e as obras de Wilhelm Dilthey, concebeu *Ser e Tempo*, uma obra prima da filosofia ocidental (NUNES, 2002, p.09).

Em *Ser e Tempo*, defende seis teses principais: (a) a insuficiência da antropologia filosófica; (b) a finitude como expressão da transcendência; (c) o enfrentamento do *Nada* pela angústia; (d) a *abertura* pela compreensão, pelos sentimentos e pela linguagem; (e) a totalização do *Dasein* no ser-para-a morte e (f) a identificação entre o poder-ser próprio e a autenticidade, no limite entre o ético e o existencial (NUNES, 2002, p.34).

A natureza humana é um problema insolúvel para o ser humano e a constatação de que o desejo mais profundo deste – o da imortalidade – não passa de ficção, só reafirma o que Heidegger já havia demonstrado: a de que nenhuma época acumulou tantos conhecimentos sobre o ser humano quanto a

atual, mas, ao mesmo tempo, nenhuma outra soube menos o que é o ser humano quanto esta (VILELA, 1977, p.15).

Talvez tenha sido Heidegger o filósofo que melhor traçou a tendência do ser humano de negar sua própria finitude por meio do esquecimento e do entorpecimento dos sentidos. Deixando bem claro, no entanto, que, ao agir assim, restará ao sujeito não mais que um fragmento daquilo que ele poderia vir a se tornar.

O objetivo de Heidegger, em *Ser e Tempo*, é questionar o *sentido do Ser*. Seu livro não fornece o *conceito do Ser* e esta não era mesmo a sua pretensão, uma vez que, segundo o filósofo, “*esse conceito mais universal e, por isso, indefinível, prescinde de definição*” (HEIDEGGER, 2006, p.37).

O fato do *Ser* se apresentar como um conceito universal não faz com que o seu conceito seja claro e não necessite de qualquer discussão ulterior. Afirmar Heidegger que o conceito do *Ser* é o mais obscuro dentre todos. Contudo, continua o filósofo (2006, p.41), “*não sabemos o que diz ‘ser’, mas já quando perguntamos o que é ‘ser’, mantemo-nos numa compreensão do que ‘é’, sem que possamos fixar conceitualmente o que significa esse ‘é’*”.

O *Ser*, em Heidegger (2006, p.310), tem o papel fundamental de esclarecer e iluminar a vida, mas não sem deixar o enigma de lado. Apesar de sua perspectiva extremamente espiritualizada, concebeu uma filosofia sem Deus, na qual o foco de estudo não era o Absoluto, mas o *Ser*. Queria responder ao questionamento do que seria o existir humano.

Para Heidegger, a filosofia ocidental havia esquecido o papel do *Ser* e, com isso, reduzido de modo significativo a existência do ser humano. A *condição de Ser* havia perdido toda a profundidade em meio à confusão do conhecimento científico e tecnológico, o que trazia, segundo o autor, o niilismo²³. Por mais que se dê crédito à ciência, segundo o autor, ela não pensa ou sente e, assim, esvazia a questão do *Ser*.

O método utilizado por Heidegger para abordar a questão do *Ser* é o fenomenológico que, segundo o autor, permitiria que o mundo fosse desvelado sem que as projeções pessoais e a intencionalidade da consciência interferissem

²³ Em sentido amplo, niilismo é a doutrina que nega a existência do absoluto; em Política, é a do século XIX, que marcou de forma profunda o pensamento russo, na qual havia uma forte crítica ao pensamento liberal e aos valores tradicionais da sociedade, propondo uma transformação do mundo social, por meio da emancipação do indivíduo; em Nietzsche, se refere a um período da civilização ocidental que se caracteriza pelo fenômeno espiritual ligado à morte de Deus e dos valores morais, com a idéia de que o devir é sempre possível de ser objetivado (RUSS, Jacqueline. *Dicionário de Filosofia*, 1994, p.198-99). O primeiro e o último conceito parecem se enquadrar melhor no conceito usado por Heidegger.

no resultado. Neste sentido, a fenomenologia teria o papel de interpretar, desenvolvendo uma ontologia na qual o tema central fosse o que o filósofo chamou de *Dasein*.

Para a compreensão do *Dasein*, é preciso que antes seja esboçado o que Heidegger denominou *Ente*. O ponto de partida da filosofia heideggeriana é a realidade humana. *Ente* seriam as incontáveis realidades particulares e, neste sentido, *Ente* é tudo o que é concreto.

No que Heidegger denomina *Ente* estariam inseridos os objetos, tais como uma casa, um carro, ou qualquer outro que tenha existência corpórea. Mas há, segundo o filósofo, dentre todos estes *Entes*, um em cuja existência representaria uma enorme interrogação sobre o *Ser*: o *Dasein*, que seria o suporte da questão do *Ser* e, ao mesmo tempo, a abertura a esse *Ser*.

Esse *Ente* é o ser humano. O ser humano é o único *ente* capaz de se interrogar sobre a sua existência e de compreender a singularidade do mundo que o cerca. Ao reduzir o ser humano a uma objetividade, como fez boa parte da filosofia ocidental, o *ser-aí* (ser no mundo) não pôde encontrar possibilidade para alcançar o *Ser*.

O *Dasein* é a abertura para a possibilidade do *Ser*. Usando tal abertura é possível, segundo Heidegger, que o ser humano venha a *ser* aquilo que ele realmente é. Mas para isso precisa se libertar da banalidade cotidiana e buscar o *Ser do Ente*. *Dasein* se apresenta como a possibilidade do *ser-no-mundo*.

No entanto, afirma Heidegger, esta abertura à possibilidade está em constante ameaça, pois o *Ente* humano reprime ou esquece o *Ser*, preferindo as perspectivas empíricas, mais fáceis e reconfortantes. O que o ser humano deseja é não pensar seu verdadeiro *Ser*. E é exatamente a este *esquecimento* que Heidegger dá o nome de *Inautenticidade*.

Há, segundo Heidegger, duas formas de o ser humano conceber sua existência: ou como uma existência inautêntica ou como uma existência autêntica. Ser *Inautêntico*, no sentido heideggeriano, seria precisamente a ocultação da *fragilidade* a que o ser humano se submete: preso no *concreto ditado*, na massificação e, ao mesmo tempo, na planificação das pluralidades, que, ao final, levaria a uma dissolução pura e simples da individualidade, o ser humano deixa de pensar na sua condição de mortal para viver a fantasia da imortalidade.

O *Dasein* (possibilidade de abertura para o *Ser*) estaria perdido em meio à banalidade cotidiana. O esquecimento é a palavra que alavanca o motor do ser humano moderno: esquecimento do universo e de sua supremacia diante da

duração da vida de um ser humano; o esquecimento do esquecimento que o ser humano tenta – e às vezes consegue – se condenar; o esquecimento do caos, que todo o tempo bate às portas, como, por exemplo, no estado norte-americano da Louisiana, em 2005, no mais rico dos países, talvez o mais poderoso do mundo, o mais prodigioso em Prêmio Nobel, onde, não mais que inesperadamente, se abateu o desastre inexplicável,²⁴ revelando a *fragilidade* com a qual o ser humano não deseja lidar, nem mesmo a nação mais rica do mundo.

A existência autêntica, ao contrário, seria a aceitação da condição de *ser-para-a-morte*, pois é na angústia da projeção de sua morte que o sujeito teria, segundo Heidegger, a possibilidade de encontrar sua totalidade, ou seja, o seu verdadeiro Ser.

2.8.2.1.

O não-ser como Possibilidade Para a Revelação do Ser

Para Heidegger, a banalização do cotidiano – em meio a tanta *falação* – faz com que o ser humano se perca diante de suas possibilidades, levando uma vida como que guiado pelo *destino*, sem perceber que é no tempo da existência que ele teria condição de realizar-se como Ser.

Na modernidade, a morte, assevera o filósofo, é apresentada como algo que *acontece*, mas, o sujeito a concebe de modo impessoal.²⁵ Dessa forma, não é o *eu* que morre, mas sim o *ninguém*. Quando se analisa a fala daqueles que concebem a morte, afirma Heidegger (2006, p.328-29), ela é sempre colocada

²⁴ Em setembro do ano de 2005 o Estado da Louisiana foi atingido pelo furacão *Katrina* que, com ventos de mais de duzentos quilômetros, deixou um rastro de morte e destruição por onde passou.

²⁵ Assim como o célebre personagem de Tolstói, Ivan Ilitch, que, ao pensar em sua própria morte, não pôde concebê-la como sendo a *sua* morte, pois vivera a vida toda pensando que a morte acontecia apenas com o *outro*, nas palavras do autor: “O exemplo de silogismo que ele aprendera na *Lógica de Kiesewetter*: Caio é um homem, os homens são mortais, logo, Caio é mortal, parecera-lhe, durante toda a sua vida, correto somente em relação a Caio, mas de modo algum em relação a ele. Tratava-se de Caio-homem, um homem em geral, e neste caso, era absolutamente justo; mas ele não era Caio, não era um homem em geral, sempre fora um ser completa e absolutamente distinto dos demais; ele era Vânia – diminutivo de Ivan – com mamãe, com papai, com Mítia e Kátienka, com todas as alegrias, tristezas e entusiasmos da infância, da juventude, da mocidade. Existiu porventura para Caio aquele cheiro da pequena bola de couro listrada, de que Vânia gostava tanto? Porventura Caio beijava daquela maneira a mão da mãe, acaso farfalhou para ele, daquela maneira, a seda das dobras do vestido da mãe? Fizera um dia tanto estardalhaço na Faculdade de Direito, por causa de uns pirojki? Estivera Caio assim apaixonado? E era capaz de conduzir assim uma sessão de tribunal? É, Caio realmente era mortal, e está certo que ele mora, mas quanto a mim, Vânia, Ivan Ilitch, com todos os meus sentimentos e idéias, aí o caso é bem outro. E não pode ser que eu tenha que morrer. Seria demasiadamente terrível. (TOLSTÓI, Lev. *A Morte de Ivan Ilitch*, 2006, p.49).

na perspectiva do “*morre-se*”; e se “*morre-se*” o *eu* não morre, pois o impessoal é o *ninguém*.

Assim entendida, a morte é um evento que o ser humano concebe como real, contudo, sua verdadeira representação - de aniquilamento absoluto da personalidade - não é apreendida. Para Heidegger (2006, p.329) isso gera uma ambigüidade que faz com que o sujeito se perca no impessoal e caia na tentação de encobrir para si mesmo o *ser-para-a-morte* que ele de fato é.

Tentação, tranquilização e alienação caracterizam, segundo o filósofo, o modo de ser da *decadência*, e, desta forma, o *ser-para-a-morte* decadente vive uma insistente fuga de si mesmo. “*O ser-para-o-fim possui o modo de um escape dele mesmo, que desvirtua, vela e compreende inapropriadamente a existência*” (HEIDEGGER, 2006, p. 330).

Heidegger (2006, p.334) afirma que o ser humano sabe que a morte é altamente provável, todavia, não aceita esta assertiva incondicionalmente, pois a certeza empírica da ocorrência da morte nada diz sobre ela, e no fundo de si o sujeito não a desconhece, mas, no entanto, também não está propriamente certo dela.

A cotidianidade força a importunidade da ocupação e se prende a um ‘pensar na morte’ cansado e ineficaz. A morte é transferida para ‘algum dia mais tarde’, apoiando-se assim, numa avaliação genérica. O impessoal encobre o que há de característico na certeza da morte, ou seja, **que é possível a todo instante**. (HEIDEGGER, 2006, p.334). Grifou-se.

A morte, assim, é um evento sempre para o amanhã e nunca algo que pode se dar a qualquer momento. O indivíduo não a percebe como próxima, mas sim como uma possibilidade (subornável) e, dessa forma, deixa de compreender que, de fato, seu corpo morre a cada dia, mesmo quando ainda não cessou de viver.

Para Heidegger, o ser humano deve antecipar a *sua* morte para, assim, alcançar toda a possibilidade de *Ser*, o que possibilitaria experimentar a plena propriedade da existência. Entretanto, afirma o filósofo, este antecipar pode abrir uma ameaça (da extinção) e, com isso, trazer uma profunda angústia que, todavia, não deve ser evitada, ao contrário, deve ser admitida e vivenciada.

O antecipar simplesmente singulariza a presença e, nesta singularização, torna certa a totalidade de seu poder-ser, a disposição fundamental da angústia pertence ao compreender de si mesma, própria da presença. O *ser-para-a-morte* é, essencialmente, angústia (HEIDEGGER, 2006, p.343).

É na angústia de sua extinção que o sujeito alcançaria, segundo o filósofo, a singularização de sua personalidade, pois, enquanto pensar na morte como algo impessoal, não terá condições de olhar a *si mesmo* como sendo também um ser-para-a-morte.

Em Heidegger, o antecipar a morte teria o poder de desvelar ao ser humano a perdição que é tratar a si mesmo com impessoalidade, colocando-o frente-a-frente com suas possibilidades existenciais mais extremas. Não as ditadas pela sociedade ou por imposições arbitrárias, mas sim a que permite verdadeiramente que o sujeito se lance para si mesmo e, assim, consiga apreender o *Ser*.

2.8.3.

Heidegger e Kierkegaard: a finitude como educadora

Tanto em Heidegger quanto em Kierkegaard, é o não-ser que abriria possibilidade para o conhecimento do *Ser*. Quando agir tendo em vista sua própria decrepitude corporal e efemeridade, o ser humano não será absorvido pela cultura tecnicista e ídolos vãos, e buscará seu *Ser Essencial*, pois conseguirá apreender que o entorpecimento só serve para a negação heróica da condição de criatura o que, além de impossível, é fonte de enorme angústia existencial.

É na compreensão da condição de criatura que há possibilidade, segundo os autores, do ser humano dotar sua vida de significado. É no entendimento do Ente como um *ser-para-a-morte* que é possível a condução do ser humano à sua maturidade final ou, como denominou Becker, à *sua educação máxima*. Enquanto a realidade pode ser falseada – e não faltam meios para tanto, como demonstrado nos capítulos anteriores – o confronto verdadeiro com a finitude desvelaria o que pode ser chamado de *verdade possível*: a verdade sobre a qual se abriria um enorme número de possibilidades, sejam elas transcendentais ou do *ser-aí* (no mundo).

Assim, como observou Louis-Vicent Thomas, citado por Rodrigues (1983, p.24), é só a partir do momento em que o sujeito toma consciência de sua morte que cada instante da vida se carrega com o peso da totalidade. Cada ato passa a se inscrever no todo como uma peça nova de uma edificação irreversível, que continuará durante toda a existência do indivíduo, deixando para sempre o gosto do inacabado. E conclui o autor, afirmando que a “*consciência da morte é a condição mesma da vida da consciência*”.

Até este momento, foram colocadas perspectivas sobre a *morte e o morrer*, a fim de que não somente o ponto de vista jurídico sofresse questionamentos – o que vai acontecer nos próximos escritos. Os problemas subjacentes advindos da morte, ao serem analisados juridicamente, não podem prescindir dos questionamentos multidisciplinares que envolvem a questão. Como *Janus*, *deus* do direito e dotado de mais de mil faces, o jurista deve analisar o tema da finitude humana. Uma visão unidisciplinar trataria da morte como algo de fácil cognição, avaliando o jurídico e olvidando-se do sujeito simbólico e de direitos, para o qual todo ordenamento é direcionado.

Nunca com a pretensão de esgotar o tema multifacetado da *morte e do morrer*, até aqui se tentou trazer algo diverso do “purismo” que pouco explica e a tudo deseja disciplinar. Os próximos capítulos serão dedicados a esclarecer conceitos ligados ao tema, bem como preparar o leitor para os questionamentos finais da pesquisa.

3

Questões Médicas Envolvendo a Terminalidade

3.1

Formação do profissional de saúde

Talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir, e contudo o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando de lado a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderia receber como resposta um grito universal de pavor (BRECHT, 1991, p.17).

Ao estabelecer um projeto de vida, o ser humano não o faz somente com vistas ao seu corpo finito, mas, e possivelmente na maioria das vezes, o faz com vistas ao ser simbólico que ali é abrigado.

Para Dworkin (2003, p.283-91), a vida é composta de dois tipos de interesses: os experienciais e os críticos. No primeiro caso, se enquadrariam as percepções típicas dos sentidos, tanto as boas quanto as más sensações. No segundo, estariam os interesses que tornam a vida genuinamente melhor, representando os juízos críticos e não apenas a mera preferência. Para o autor, os dois são importantes, mas, as grandes decisões humanas, na maioria das vezes, não são tomadas com vistas somente nos interesses experienciais.¹

Dessa forma, o corpo doente deve ser tratado, mas sem nunca se olvidar do sujeito simbólico dotado de interesses críticos e experienciais. A decrepitude do corpo nem sempre – ou raras vezes – também é acompanhada pela decrepitude do ser simbólico infinito, com suas singularidades e preferências.

O indivíduo é um ser biológico, cultural, social, psíquico, etc. e assim deve ser entendida a vida humana, sob pena de animais – não dotados do caráter simbólico – e homens se assemelharem no processo de morte. Quando um ser humano morre, não é somente um corpo que, não suportando as dores – sejam elas físicas ou psíquicas -, desaparece do mundo; com ele se vai a consciência de uma existência.

¹ A despeito da presente pesquisa não corroborar integralmente a tese de Dworkin, segundo a qual o sujeito autônomo teria o direito de abreviar sua vida por meio de procedimento eutanásico, alguns dos argumentos apresentados pelo autor são sobremaneira importantes e serão analisados no correr da pesquisa (DWORKIN, 2003).

Se, no processo de morte, a vida física for dissociada de sua dimensão simbólica, não mais se estará tratando de um ser humano, mas sim de um animal irracional. A vida é um valor essencial, podendo, inclusive, ser vista como condição sem a qual nenhum outro se perfaz, mas não somente a vida tomada em seu caráter puramente biológico.

Léo Pessini (1996, p.37), Diretor do Instituto de Pastoral da Saúde da Bioética, após anos de trabalho como Capelão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e assistindo a dor no processo de morte dos pacientes em estado de terminalidade, afirmou com propriedade: *“quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria”*.

E, se há, no ser humano, mais do que a vida biológica, não podem nem o médico, nem os familiares, nem o Direito, nem a Bioética e nem todos os demais ramos que estudam, tratam ou disciplinam a morte, se quedarem inertes diante dos constantes avanços tecnológicos e, conseqüentemente, da inapropriada prolongação do sofrimento humano diante do processo de terminalidade.

Nunca negando os avanços trazidos pelo advento da razão como fonte do conhecimento, é preciso apenas que o ser humano tome consciência de sua fragilidade. A técnica pura não é meio suficiente para realizar ou explicar o indivíduo em sua totalidade. O reconhecimento, por parte da ciência, de que há no ser humano algo que não pode ser por ela apreendido é uma questão de humildade diante da realidade evidente. Pensar que há um limite para a ciência e que, no dizer do narrador de Memórias do Subsolo, de Dostoiévski (2000, p.41), ela só sabe aquilo que teve tempo de conhecer, enquanto que a natureza humana age em sua totalidade, com tudo o que nela existe de consciente e inconsciente, é lançar um novo olhar para a terminalidade da vida e, conseqüentemente, para o sujeito simbólico no processo inserido.

O objetivo desta parte é constatar uma possível deficiência na condução médica do tratamento terapêutico, bem como fornecer os conceitos indispensáveis aos questionamentos da terceira parte da pesquisa.

3.1.1.

O Aprendizado Médico: estranheza da morte

Se antes a medicina era extremamente limitada e a morte comum, pois as doenças crônicas de evolução arrastada quase não existiam, nas últimas

décadas, esse panorama mudou consideravelmente: doenças antes letais tornaram-se extintas e tantas outras passaram a ser tratadas com antibióticos simples, como a *penicilina*. Aparelhos de alta tecnologia e medicamentos de última geração passaram a garantir vida aos antes desenganados. Diante dessa nova perspectiva, a morte, em alguns casos, se tornou um verdadeiro suplício.

Neste contexto, o saber médico tornou-se, acima de tudo, a luta *contra a morte*. O homem biológico foi dividido em inúmeras partes, cada uma sob a responsabilidade de um profissional especializado. O modelo de ensino responsável pela formação médica atual, trouxe inovações na antiga relação médico-paciente, tendo como consequência a descaracterização da medicina como *arte do cuidado*.² O indivíduo *total* foi deixado de lado em nome de suas *partes biológicas* e o objetivo do médico passou a ser o de sempre garantir mais vida biológica ao sujeito (SIQUEIRA, 2000, p.55-57).

Tratando do homem em sua porção animal – *finita* –, o paradigma atual olvida-se, muitas vezes, de sua imensidão simbólica. De acordo com José Eduardo de Siqueira (2000, p.56-57), a tecnociência usada de forma desmedida acaba por descaracterizar a espécie humana, transformando sujeitos em objetos de manipulação para a cura, em que a saúde seria o fim a ser alcançado e o meio para isto, o sujeito. Há, dessa forma, uma completa inversão de sentido, tanto da medicina quanto do próprio homem.

Travessoni Gomes (2007, p.61), ao abordar o *mundo dos fins* em Kant, afirma que “*a idéia de um mundo em que os fins são determinados por intermédio da razão é o reino dos fins. O ser humano não é considerado meio, mas causa primeira, porque livre*”.

Nesse sentido, se o ser humano é fim em si mesmo e não deve nunca ser usado como meio, seu corpo decrépito não deve ser tratado sem ter em vista o ser simbólico ali abrigado e nem tampouco usado como meio para se vencer a morte. O corpo doente pertence a um ser livre e digno, que não deve ser tratado visando sempre o restabelecimento da saúde, eis que nem sempre isto se mostra possível.

² Greenlick, citado por Siqueira fez um estudo no qual compara o comportamento médico nos anos de 1935, 1985 e faz uma projeção para 2005, demonstrando que na década de 30 a medicina era voltada para o cuidado com o enfermo. Na de 80 ocorreu uma modificação profunda na relação do médico com seu paciente e, projetando o ano de 2005, afirmou que o perfil dos profissionais de saúde desta última década seria voltado para a condução do tratamento de modo mais tecnológico, distanciando-se ainda mais dos seres humanos enfermos (SIQUEIRA, J. E. *Tecnologia e Medicina: entre encontros e desencontros*, 2000, p.64). Por tudo o que será demonstrado no correr deste capítulo, será possível concluir que a projeção de Greenlick se concretizou.

Compreendida a vida somente como função biológica passível de ser restabelecida, ou (a) o sujeito é vítima de obstinação terapêutica, na qual o médico, além de usá-lo como meio para se obter saúde, também busca, no doente, vencer sua própria morte ou (b) o moribundo é entregue a sua própria sorte, pois os seres humanos fora de recurso terapêutico não despertam quaisquer interesses, tendo em vista que *vencer a morte* já não é mais uma pretensão cabível.

Se, até o século XVIII, ao médico cabia o papel de ajudante solícito do moribundo, ainda que nada pudesse fazer para lhe restituir a saúde, no século XIX ocorre uma completa mudança de atitude: só fala quando interrogado e, ainda assim, com alguma ou grande reserva (ARIÈS, 2002, p.233).

Marco Túllio de Assis Figueiredo, médico e um dos precursores da idéia de cuidados paliativos no Brasil, assim define a atitude médica atual diante da morte:

Durante os seis anos de faculdade, os anos de estágio e de residência, e pelo resto da vida profissional, o médico deparar-se-á com a morte em diversas ocasiões e circunstâncias, mas jamais irá aceitá-la e muito menos compreendê-la. Ele a teme mais que o leigo. Ele precisa vencê-la, anulá-la, quanto muito para afastar de si o pensamento de sua própria finitude (2003, p.24).

Em decorrência do aumento da longevidade, os jovens que ingressam em uma faculdade de medicina, conforme demonstrou Fourcassié, citado por Ariès (2003, p.252) podem, em tese, nunca terem visto alguém morrer. Mas, inopinadamente e sem preparo prévio, são colocados ao lado do leito de um moribundo. Neste contexto, não seria de se esperar outra atitude que não a de tratar a morte como doença a ser combatida.

O Conselho Federal de Medicina se pronunciou sobre a estranheza da morte na experiência médica, afirmando que houve uma evolução médica e tecnológica significativa a partir da segunda metade do século XX, todavia, pouco se questionou sobre o significado ético da vida e da morte. Um artigo publicado no *Archives of Internal Medicine* mostrou que, até o ano de 1995, apenas cinco das 126 escolas de medicina norte-americanas ofereciam algum ensinamento sobre o tema da finitude humana e apenas 25 dos 7.048 programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.³

Seguindo este novo paradigma, o que o moribundo experimenta nos dias atuais é o que Earp (1999, p.37) chamou de *medicalização da morte*, em que

³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Exposição de Motivos da Resolução 1.805/06.

todos os demais significados deste evento são deslocados para um plano secundário devido à atenção exaustiva, minuciosa e quase que exclusiva para os dados de caráter estritamente biológicos.

Não obstante, seria equivocado afirmar que apenas as escolas de medicina se furtam à discussão da morte. A literatura também demonstra quanto mal estar o assunto causa.

Aconteceu-nos uma coisa realmente curiosa: tínhamo-nos esquecido de que temos de morrer. É esta a conclusão a que chegaram os historiadores depois de terem examinado todas as fontes escritas da nossa época. Uma investigação realizada nos cerca de cem mil livros de ensaio publicados nos últimos vinte anos mostraria que apenas duzentos deles (0,2%) tocavam o problema da morte. Livros de medicina incluídos (CHAUNU, *Apud* GUEDES, 2007, informação verbal).⁴

A sociedade moderna não quer ouvir, ler ou escrever nada que faça com que se lembre da sua condição de mortal e, obviamente, os profissionais de saúde não estão imunes ao temor existencial mais profundo: o medo da morte. Aprender a lidar com a finitude da vida é um desafio que deve ser enfrentado por aqueles que decidiram *lutar pela saúde* dos outros. A morte deve ser entendida como sendo parte da vida humana e, segundo Kübler-Ross (1998, p.310), se bem compreendida, ela pode ser uma das maiores experiências desta.

Neste cenário de *impessoalidade*⁵ da morte, nada mais natural que também o médico, portador da técnica para o prolongamento da vida, também aja de modo a não *atrapalhar* a ordem por meio de questionamentos inoportunos sobre a morte e o morrer, desfazendo, no imaginário coletivo, aquilo que Léo Pessini (2004, p.02) muito bem denominou como *ilusão utópica* da infinitude.

Usando uma metáfora mitológica, é possível afirmar que o agir médico assim concebido ordena-se sob o comando de *Cronos*, deixando de perceber que o tempo da existência deve ser o de *Kairós*.⁶ A vida vivida sob o comando impiedoso de *Cronos* é sempre contada por meio das batidas do relógio, em que cada minuto é exatamente idêntico para todos e o passar do tempo se torna inimigo; já sob os auspícios de *Kairós*, a existência é dotada de significado. Não

⁴ GUEDES, Geraldo. *Aspectos Éticos da Terminalidade*. Palestra proferida no IV Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia, em Ouro Preto, Minas Gerais, 29 set., 2007.

⁵ No sentido dado por Heidegger ao termo.

⁶ As narrativas mitológicas são ricas em metáforas que possibilitam o pensamento da experiência humana. *Cronos* é filho de *Urano* e *Gaia* e representa o olhar crítico daquele que avalia a possibilidade e os limites da existência. *Kairós*, tanto pode representar o personagem mitológico, quanto se referir a um aspecto qualitativo do tempo. Como personagem, é um atleta de características obscuras, que não se expressa por meio de uma imagem uniforme, mas sim por uma idéia de movimento constante. Metaforicamente, expressa uma noção de tempo na qual é inserida uma qualidade complementar à noção de temporalidade trazida por *Cronos*. (Grimal, P. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*, 1992, p.127 e 316).

são as batidas impiedosas do relógio que marcam o tempo, mas sim o constante pulsar da experiência e da busca de sentido para a fantástica aventura do viver (PESSINI, 2006 [não paginado]). Pois, segundo Noal (2005, p.02), “o tempo da vida é mais que o biológico ou físico, ele é simbólico”.

A tarefa de compreender o homem como um ser finito, além de médica, é também da própria sociedade, que espera, por meio da medicina, ultrapassar sua condição frágil de mortal. Se for verdade que o médico, muitas vezes, age olvidando-se do ser simbólico abrigado em cada ser humano, não é menos verdadeira a assertiva de que a sociedade espera e cobra que a vida não tenha fim, desconsiderando que o princípio mais imperioso, e contra o qual não há como lutar, é aquele que Corrêa (2007, informação verbal) ⁷ habilmente denominou *princípio da vulnerabilidade*. ⁸

A óbvia finitude, em função da relutância em aceitá-la, acabou por fazer da morte um evento estranho para todos, mas, principalmente, para os profissionais de saúde que, detentores das técnicas para o prolongamento da vida (GIACOMIN, 2005, p.535), acabam por prolongar indevidamente um processo de morte já agônico.

3.1.2. Tanatologia

Com a finalidade de promover maior humanização no processo de cura e, conseqüentemente, no de morte – quando a primeira não se mostrar mais possível -, seria imperioso que os profissionais de saúde fossem instruídos para lidar com a finitude humana.

Tanatologia é o estudo da morte. A palavra tem origem grega, *Thánatos* (morte). No imaginário daquele povo, ela, juntamente com seu irmão *Hypnos*, eram os responsáveis pela passagem desta vida para a morte. ⁹

Desde tempos remotos o indivíduo busca entender a morte e, para os que conseguem aceitá-la de modo razoável, segundo Márcio Palis Horta (1999, p.31), esta pode se tornar uma *força criativa*. E continua o autor afirmando que os grandes valores da vida podem se originar de uma profunda reflexão sobre a morte.

⁷ CORRÊA, José de Anchieta. *Aspectos Filosóficos da Terminalidade*. Palestra proferida no IV Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia, em Ouro Preto, Minas Gerais, 29 set., 2007.

⁸ No mesmo sentido de *fragilidade*.

⁹ SOCIEDAD ESPAÑOLA E INTERNACIONAL DE TANATOLOGÍA. Coordenação Alfonso M., Garcia Hernández. *¿Que es la Tanatologia?* [não numerada].

Todavia, o profissional de saúde – e o homem moderno – não admite enamorar-se com sua finitude, ao contrário, opta por negá-la e combatê-la desproporcionadamente, até que o corpo não suporte mais a decadência inerente à sua condição de efêmero. Negar a morte, de acordo com D Assumpção (2005, p.519), é recusar-se a falar sobre ela, minimizando sua importância como centro de reflexão, taxando o assunto de mórbido, antes mesmo de conhecê-lo.

O estudo acerca da condição finita e frágil do ser humano não é algo funesto ou deprimente, ao contrário, é fonte de inesgotável material para o aprendizado constante que o viver exige. No entanto, isto não parece compreensível numa sociedade extremamente *hedonista*,¹⁰ na qual o sonho de morrer ao lado da família foi abandonado em prol da ocultação da morte. O derradeiro final, ao contrário de mãos suaves e amigas a acariciar o corpo cansado - como no desejo de Adélia Prado - foi convertido em equipamentos de alta tecnologia – muitas vezes inócuos e, todas as vezes, frios. E assim, o tilintar do aço das máquinas é o último som levado desta vida pelo moribundo.

Certo temor da morte é natural, pois o ser humano anseia pela felicidade e a morte pode vir a representar a impossibilidade de realização deste desejo, em virtude de sua completa extinção. Mas, este medo não deve representar a impossibilidade de o sujeito moribundo e os que o cercam voltarem-se para o *Ser* e tentar apreender as possibilidades da existência.

Tudo considerado, e tendo em vista que os profissionais de saúde lidam de forma diuturna com o nascer e com o morrer, estudar a morte deveria ser rotina na vida destes *cuidadores*, a fim de que possam entender o ser humano em suas múltiplas dimensões e não somente em sua faceta biológica – finita e em constante processo de decadência (Figueiredo, M. T. A., 2001, p.43-48).

3.1.3. Medicina e Tecnologia

Conforme dito, os avanços tecnológicos trouxeram ao homem moderno um conforto existencial dantes nunca sonhado; no entanto, há um preço nem sempre razoável a ser pago. A mesma tecnologia que salva vidas e coloca a serviço da humanidade uma infinidade de possibilidades terapêuticas pode prolongar de modo desmedido a agonia que precede a morte (LO, 1998, p.08).

A substituição da idéia de morte pela de doença foi, segundo Ariès (2003, p.238-39), uma das grandes responsáveis pela forma, muitas vezes irracional, com que a frenética busca pela saúde é empreendida. A morte só é avistada se a doença for incurável e nunca como algo inerente à própria condição de humanos.

A luta travada para a contenção ou a cura de uma enfermidade muitas vezes tem resultados positivos, principalmente nos estágios iniciais da doença. Contudo, afirma Andrade Filho (2001, p.259), “há um número consideráveis de doentes para os quais esta luta não faz o menor sentido”. (sic).

Ao elevar a ciência à categoria de *deusa*, o ser humano acaba por envenenar sua existência, ensoberbando o espírito e olvidando-se do *Ser Possível* havido dentro de cada um, viável de ser alcançado, a despeito do caráter episódico da vida.

3.1.3.1. Relação Médico-Paciente

Fato certo é que, juntamente com o progresso científico e tecnológico da medicina, a relação entre os profissionais de saúde e o paciente se tornou fria, distante e impessoal. Não raras vezes o enfermo é tratado pelo nome da doença, como se, por exemplo, um coração conseguisse sozinho chegar ao cardiologista. Maria de Fátima Freire Sá (2005, p.34), pesquisadora devotada ao direito de morrer, afirma que o que se apresenta hodiernamente é o paciente sendo tratado pelo nome da doença ou do leito em que se encontra, não havendo “*tempo sequer do paciente conhecer seu médico, nem este de saber o nome de quem está tratando*”.

Não é outro o entendimento do Conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Alcino Lázaro da Silva, que, usando as palavras de Kathryn D. Anderson, assim resume o assunto:

Hoje há menos toque no cuidado médico. Nós podemos fazer diagnósticos requintados e difíceis decisões sem tocar o nosso paciente, muito menos o tratando como pessoa. Nós nos tornamos tão superespecializados por necessidade que nós vemos os pacientes como compartimentos múltiplos e mantemos estritamente a nossa pequena área de especialização (SILVA, A. L., 2007, p.05).

¹⁰ Earp, ao citar Eissler, afirma que “A análise de Eissler levou-o a denunciar o hedonismo da cultura americana que, procurando por todos os modos evitar a dor e o sofrimento, acabou por tornar a morte um fato estranho, algo a ser negado pelo silêncio”. (EARP, op. cit., p.35).

O exercício da medicina se apóia em dois pilares: o conhecimento técnico científico e a relação do médico com seu paciente. Mas, que de acordo com Noto (2001, p.1308), “*tiveram no decorrer da história evolução diferente, tendo o científico, resultado do acúmulo de conhecimentos, aumentado, ao passo que o relacional foi ficando para trás*”.

Um relacionamento, conforme afirmou Martin Buber (1997, *Apud*, DEL GIGLIO, 2003, p.23), é sempre um encontro entre dois seres em relação dialógica. Segundo o autor, estes relacionamentos podem se dar de duas formas: *Eu-Isso* e *Eu-Tu*. Do relacionamento *Eu-Isso*, nunca será possível pretender absorver qualquer totalidade; já no relacionamento *Eu-Tu*, a totalidade pode ser estabelecida por meio do diálogo e da compreensão. Assim, afirma, quando alguém olha para uma árvore e com ela mantém a relação *Eu-Isso*, conseguirá apreendê-la como imagem, espécie biológica, numerá-la, enfim, racionalizar seus conceitos. Mas, se por obra e graça consegue manter com a mesma árvore uma relação *Eu-Tu*, então, a força da sua singularidade será percebida.

Quando há a apreensão da relação *Eu-Tu*, a relação *Eu-Isso* também é absorvida pela primeira, de modo que a árvore é percebida não como uma simples impressão, jogo de representação ou valor emotivo, mas sim como pessoa (*Tu*) diante do interlocutor (*Eu*). Em suas palavras: “*Ela se apresenta como pessoa, diante de mim e tem algo a ver comigo, e eu, se bem que de modo diferente, tenho a ver com ela*”, ensejando, assim, uma relação de reciprocidade. Não que árvore tenha consciência de si mesma, mas quando há o relacionamento *Eu-Tu*, não é alma da árvore que se percebe, mas sim a própria árvore como tal (BUBER, 1997, *Apud*, DEL GIGLIO, 2003, p.23).

Usando esta interessante perspectiva apresentada por Buber, Del Giglio (2003, p.23) afirma que na relação médico-paciente pode ser feito o mesmo exercício: na relação *Eu-Isso*, estaria o médico (*Eu*) em relação com o elemento orgânico que sofre – o fígado, um rim, o coração, etc. (*Isso*). Se estabelecida uma relação *Eu-Tu* com o paciente, o médico permanece como o *Eu*, só que agora se relacionando com o ser que sofre (*Tu*). Assim concebida, a relação do *Eu* que cura (médico) busca compreender o sofrimento do *Tu* (paciente), analisando suas mais diversas possibilidades, a fim de que a sintonia relacional entre os dois seres seja tão ampla e profunda que consiga derrubar as barreiras do *Isso* e, desse modo, ambos se compreendendo como finitos, consigam estabelecer uma relação de sinceridade e empatia. Ambos olhando para o interlocutor como fim em si mesmo e não como objetos.

3.1.3.2. Racionalidade no Uso da Tecnologia

Inegável o fato de que as mudanças trazidas com o avanço na terapêutica das doenças deram ao ser humano a sensação de ter a chance de escapar desta existência com vida. Todavia, para Ariès (2003, p.238), os progressos foram muito mais uma substituição na consciência do sujeito atingido pela morte e pela doença do que propriamente por causa das conquistas reais da medicina.

O que assiste na prática médica atual é o doente se tornar um prisioneiro de sua doença (SOUZA, 2007, informação verbal) ¹¹ e o médico, o *tirano da benevolência* (SIQUEIRA, 2000, p.56), com o constante risco de o Homo sapiens ser transformado no que Berlinguer (2000, 103) habilmente denominou de *Homo biologicus*, fazendo real o mito arrogante de Asclépio. ¹²

A relação do profissional de saúde com o paciente não deve ser construída com bases outras que não a confiança e o respeito mútuo, o que só será alcançado quando o indivíduo for visto também em sua significação simbólica (FRANÇA, 2000, p.111). Não há dúvida de que o corpo – finito – merece toda sorte de cuidado e tratamento possível - e desejado - pelo sujeito, mas isso não implica que a agonia da morte deva ser prolongada a contragosto do moribundo. O uso desmedido da tecnologia e a negação da morte não podem ser as forças motrizes do agir médico, pois se a vida tem um valor biológico, ela também tem um humano e social.

Em 10 de novembro de 1975, a Organização das Nações Unidas proclamou a Declaração Sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade, a fim de disciplinar o agir humano ante as inovações tecnológicas.

Preliminarmente, a Declaração faz a afirmação de que o progresso científico, ao mesmo tempo em que possibilita ao homem uma melhora

¹¹ SOUZA, Paulo Roberto. *Deontologia e Legislação*. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, em 18 ago., 2007.

¹² Asclépio, filho do *deus* Apolo e da mortal Corônís, após o assassinato desta última pela irmã do primeiro, é levado ao Monte Pélion para ser educado pelo Centauro Quirão, cirurgião dotado de grande entendimento sobre a condição de *paciente* de seus enfermos. Pelas mãos do mestre aprende a *arte* da medicina e o supera, mas, se torna arrogante a ponto de ousar ressuscitar os mortos, quando, então, é morto por Zeus, para, enfim, renascer e se tornar imortal. Asclépio participa tanto da natureza divina quanto da humana. Na interpretação de Cassorla, o médico sempre corre o risco de se arvorar ao papel de *Deus*, querendo dominar a vida e a morte, no entanto, horas mais horas menos tal pretensão se dissolve ante a morte que se lhe apresenta (CASSORLA, R. *O Mito de Asclépio e o Médico Lidando com sua Morte*, 1995, p.51-62).

substancial na qualidade de vida, também pode trazer consigo problemas capazes de ameaçar os Direitos Fundamentais e as Liberdades Individuais.

Em seu artigo 6º estabelece que:

Todos os Estados adotarão medidas tendentes a estender a todos os estratos da população os benefícios da ciência e da tecnologia e a **protegê-los**, tanto nos aspectos sociais quanto materiais, **das possíveis conseqüências negativas do uso indevido para infringir os direitos do indivíduo ou do grupo, em particular ao respeito à vida privada e à proteção da pessoa humana e de sua integridade física e intelectual** (DALLARI, 1998, p.233). Grifou-se.

Seguindo esta perspectiva, de acordo com Dallari, a vida e o seu significado ético têm se tornado uma preocupação freqüente no campo da bioética, colocando questões que necessitam de reflexão para a defesa do ser humano, de sua vida e de sua dignidade (DALLARI, 1998, p.233).

Também o questionamento acerca da preservação da dignidade do ser humano nas questões técnicas é assunto da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, onde está disposto que a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados na condução terapêutica e científica.¹³

O conselheiro corregedor do Conselho Federal de Medicina, Roberto D'Ávila,¹⁴ afirma que a incorporação tecnológica na medicina não veio acompanhada do preparo dos médicos para lidar com finitude e o aumento da dor e do sofrimento na terminalidade aumentou muito em decorrência da maneira exagerada como a tecnologia é usada. Não se trata, todavia, de deixar de usá-la, mas tão-somente a de se ter uma atitude reflexiva em sua indicação.

A tecnologia deve se mostrar uma aliada da humanidade e não o contrário, devendo ser usada para a emancipação do sujeito e com respeito absoluto ao indivíduo. Conforme ensina Dallari (1998, p.234), pensar de modo diverso soaria contraditório: agredindo a dignidade de seres humanos ou desrespeitando a vida humana sob o pretexto de se buscar novos benefícios para a humanidade.

3.1.4. Paternalismo Médico e Autonomia do Enfermo

Conforme já esboçado no capítulo anterior, é dever do profissional de saúde ver no paciente não somente uma doença, mas um ser humano digno e autônomo.

¹³ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Um dos princípios mais importantes na bioética é o de que o médico deve sempre buscar o benefício do paciente (beneficência) e nunca seu malefício (não-maleficência).¹⁵

Na filosofia moral, beneficência tem o significado de *fazer o bem*. Para Ross, é um dever condicional e, para a Bioética dos Princípios, é com base nele que se busca solução para os dilemas éticos (CLOLET & KIPPER, 1998, p.42-44).

Para Lo (1998, p.07), ao lado do respeito à autonomia do paciente, o princípio da beneficência é o parâmetro ético fundamental da arte médica, muito embora, não raras vezes, se apresentem conflitantes. O princípio da beneficência exige que o médico atue sempre buscando o melhor para o enfermo. E o da autonomia traz consigo a necessidade de que o médico esclareça todas as condutas terapêuticas de modo claro e preciso, pois o enfermo não possui conhecimentos técnicos para um verdadeiro agir autônomo sem esta atuação médica anterior.

A beneficência é apontada como a obrigação pelo bem-estar alheio, sendo de suma importância a consideração dos desejos, das necessidades e dos direitos. Leva em consideração a instância ética e deontológica do agir médico, que deve ter como pressuposto o melhor interesse do enfermo e o constante cuidado, a fim de não lhe causar dano, estando sempre a serviço da vida do ser humano e nunca o contrário (COELHO, 2001, p.04).

A questão inusitada surgida da interpretação equivocada do princípio da beneficência é a de que o *agir benevolente* do médico se tornou impositivo para o paciente. Em nome deste dever de fazer o *bem*, os exageros se tornaram constantes, fazendo com que o médico se tornasse o *ditador e o interprete absoluto do bem*, sem que a voz do paciente pudesse ouvida ou considerada.

Os questionamentos de Ariès são bons exemplos do que ele denominou *poder médico*:

O que acontece quando se sabe que o doente está próximo do fim? Deve-se advertir a família, o próprio doente? Quando? Por quanto tempo se prolongará uma vida mantida através de artifícios, e em que momento se permitirá ao moribundo morrer? Como se comporta a equipe médica diante do paciente que não sabe, finge não saber, ou que sabe que vai morrer? (2003, p.240)

¹⁴ D'ÁVILA, R. *Resultados do Fórum sobre a Terminalidade da Vida*, São Paulo, jul. 2006.

¹⁵ "Um juízo clínico é, antes de tudo, um exercício da *Perenizes*, quer dizer, o modo eticamente correto de exercer a profissão buscando o bem do paciente". (CLOLET, Joaquim; KIPPER, Délio. *Princípios da Beneficência e Não-Maleficência*, 1998, p.49-50). Apesar dos autores conceberem dois princípios, esta pesquisa não segue esse direcionamento, uma vez que ao buscar o benefício, o médico deve, obrigatoriamente, não trazer malefício.

As respostas a estas perguntas é o ponto nevrálgico da bioética para o tratamento do sujeito em fase de terminalidade. Não raras vezes, o médico responde a tais questionamentos sem levar em consideração os desejos e anseios do paciente e de seus próximos.

A uma falta de atitude médica para com o moribundo ter-se-ia um aviltamento da condição de humano que, a despeito de sua situação extremamente frágil naquele momento, continua sendo um sujeito, um indivíduo e um cidadão. O contrário também não seria desejoso, ou seja, que o moribundo fosse tão fartamente medicado – ainda que contra sua vontade - que sua possibilidade de cumprir seu derradeiro destino – a morte – lhe fosse adiado de modo desmedido. Neste segundo exemplo, também não se estaria tratando de um sujeito de direitos capaz, pois o moribundo não volta a ser criança, privado de sua autonomia no momento em que se vê diante da finitude. Para estas situações, nas quais há uma assimetria na relação que se estabelece entre o médico e o enfermo,¹⁶ dá-se o nome de *paternalismo beneficente*. Möller distingue duas formas de *paternalismo* médico: um que denomina fraco e outro que chama de forte.

O fraco é exercido sobre pacientes que estão com a capacidade comprometida. A intervenção acontece buscando-se sempre o melhor para o enfermo, a fim de prevenir uma conduta não-voluntária ou não-autônoma destes indivíduos. São exemplos dos que se encaixam no conceito os menores de idade, os portadores de deficiência mental, os inconscientes, os toxicômanos e os deprimidos severos, dentre outros (MÖLLER, 2007, p.49).

Um sujeito de direitos só é considerado incapaz, de acordo com o ordenamento jurídico, após ter um tribunal se pronunciado acerca de seu estado. Todavia, na prática médica, uma vez que o paciente não demonstre competência para expressar sua escolha e capacidade de análise de sua condição clínica, é comum que a equipe que o assiste, juntamente com os familiares, conduza a terapêutica a despeito do desejo do enfermo. A idéia aqui não é adentrar na controversa discussão, entretanto, é preciso salientar que impedir que um sujeito capaz exerça sua autonomia é privar-lhe de um direito fundamental e.

¹⁶ É certo que é possível que o excesso de paternalismo venha não somente da equipe médica, mas também dos próprios familiares ou amigos, mas no contexto apresentado neste momento, estar a se referir apenas daquele advindo do médico.

Já o paternalismo forte é exercido sobre sujeitos autônomos, capazes e conscientes. Este tipo de paternalismo, sob o argumento de buscar o melhor para o enfermo, acaba por desrespeitar completamente a autonomia deste.

Möller (2007, p.50) afirma que o primeiro caso não é controverso, eis que indicado para os incapazes e inconscientes que não deixaram nenhuma manifestação anterior acerca da forma de tratá-los na terminalidade.¹⁷ Já no segundo, vislumbra-se uma possível ocorrência de abuso por parte do médico, quando a autonomia do enfermo é desconsiderada em nome de um possível (mas não certo) benefício que determinado procedimento poderia ocasionar.¹⁸

Ronald Dworkin (2003, p.326-27) concebe a beneficência como um direito do paciente, no sentido de que as decisões a serem tomadas na condução de seu tratamento favoreçam seus interesses fundamentais. Neste sentido, o autor entende como perfeitamente cabível a ocorrência de choque entre a autonomia do paciente e o princípio da beneficência.

No momento em que se tratar da autonomia do paciente em estado de terminalidade, este assunto voltará a ser abordado, a fim de confrontar a atitude *paternalista* e *beneficente* ante a liberdade do enfermo de escolher os rumos de seu tratamento de saúde.

3.1.5. Paradigma Técnico-científico X Paradigma do Cuidado

Na história ocidental não faltam exemplos de indivíduos que foram mantidos vivos à custa de enorme sofrimento pessoal e familiar e sem qualquer prognóstico de cura ou de manutenção mínima de qualidade de vida. Truman, Tito e Tancredo Neves são exemplos históricos possíveis.

Adler, em consistente livro sobre a história da evolução da Medicina, afirma que o juramento hipocrático, datado de 2.400 anos atrás, continua sendo a fonte direta do cuidado ético e pessoal que os médicos devem dispensar aos seus pacientes:

¹⁷ No caso do enfermo que se encontra em estado de inconsciência, é possível que tenha deixado uma *Procuração Para Fins de Saúde* (onde indica uma pessoa que deverá tomar as decisões em caso de sua incapacidade clínica), ou um *Testamento Vital* (no qual orienta a equipe profissional e os familiares a interromper ou proporcionar intervenções prolongadoras do processo de terminalidade). Estes documentos teriam por finalidade direcionar a conduta terapêutica de acordo com o desejo apresentado pelo paciente quando ainda consciente. (LO, Bernard. Problemas Éticos na Prática Clínica. In: ___ *Harrison Medicina Interna*, 1998, p.08).

¹⁸ No caso de pacientes cuja doença já se apresenta em estágio terminal, seria um paternalismo forte prolongar o processo de morte desmedidamente por meio de tratamentos fúteis ou contra o expresso desejo do enfermo (MÖLLER, Leticia W. *Direito à Morte com Dignidade e Autonomia*, 2007, p.50).

Os médicos que prestavam o juramento comprometiam-se a reverenciar seus mestres como pais e a beneficiar o doente conforme sua capacidade e julgamento. Seguindo a determinação de Hipócrates de não prejudicar, juravam proteger os pacientes do mal e da injustiça. Além disso, prometiam que, durante sua prática, trabalhariam somente para ajudar o doente (...) Essas promessas antigas formam a base da ética médica de hoje (2006, p.20).

Enquanto os Códigos de Ética Médica brasileiros sempre rejeitaram o procedimento eutanásico, o mesmo não pode ser dito em relação ao prolongamento agônico do processo de morte. O Código de 1931, em seus artigos 16 e 31, afirmava que “*um dos propósitos mais sublimes da medicina é sempre conservar e prolongar a vida*”. Outros códigos posteriores também seguiram o mesmo direcionamento.

A mudança de perspectiva só aconteceu com o atual Código de Ética em vigor, de 1988: o alvo não é mais o prolongamento desmedido, mas sim a saúde do ser humano, considerado como tal, tendo como critério de medida o benefício ou não do paciente enfermo (PESSINI, 2007, p.841).

Neste momento, é importante caracterizar o que pode ser entendido como saúde. Obviamente, cada povo, cultura ou ideologia pode dispor de um conceito diverso. Mas, há um conteúdo mínimo que deve preencher o conceito, como o proposto por Aguarón (2003, p.11), que considera que uma pessoa sã é aquela que tem possibilidade de viver, utilizando suas faculdades e energias para conduzir sua vida de acordo com os projetos que ela mesma outorgou à sua existência.

Para Möller (2007, p.61), se saúde for entendida somente em seu conceito restrito de *cura da enfermidade*, o papel dos profissionais de saúde é apenas o de cura e de adiamento do momento de morte. Mas, se for tomada em seu sentido mais amplo, então, o conceito sofre uma drástica mudança, na qual não somente a dimensão biológica é tomada em consideração, mas também as dimensões psíquica, moral, espiritual e social.

Assim, concordando com os autores supracitados e em consonância com a Organização Mundial de Saúde, *saúde* não deve ser entendida como um conceito restrito e puramente biológico. O bem-estar deve deixar de ser focado exclusivamente na quantidade de vida, para ascender também em relação à qualidade de vida.

O profissional de saúde deve guardar profundo respeito pela vida humana e, quanto a isto, não há qualquer questionamento. Inclusive, a relação profissional-paciente decorre exatamente em virtude de este segundo ver no

primeiro alguém que visa apenas seu benefício e nunca o malefício. Mas, este respeito à vida não pode olvidar-se do sujeito dotado de direito à vida e também de outros direitos, eis que este *bem fundamental* não é um valor se dissociado do indivíduo que o anima.

Leonard Martin, citado por Pessini, oferece contundente síntese sobre o tema:

[...] com ênfase sobre o biológico, o sofrimento, a dor e a própria morte se tornam problemas técnicos a serem resolvidos, mais do que experiências vividas por pessoas. O preço que se paga pelo bom êxito da tecnologia é a despersonalização da dor e da morte nas Unidades de Terapia Intensiva, com todo o seu impressionante maquinário. Consegue-se prolongar a vida, mas diante destas intervenções bem sucedidas começam a surgir novas indagações: quando se pode abandonar o uso de suportes vitais artificiais? Quando é que morre mesmo? Pode-se falar de eutanásia ativa e de eutanásia passiva? (2007, p.837).

As respostas para os questionamentos propostos são exatamente aquelas que este trabalho busca delimitar. Mas, por enquanto, basta a afirmação de que não é defensável que o médico use seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral injustificado e inútil em seus pacientes, conforme prescrito no artigo 6º do Código de Ética Médica, que segue o mesmo caminho traçado pela Constituição da República, que prevê que ninguém será submetido à tortura ou a tratamento cruel ou degradante. Neste sentido, é preciso repensar o papel da medicina curativa, bem como seus limites, pois *“evitar a morte é travar uma luta que não se pode vencer, é passar a ter uma espécie de morte em vida”* (MÖLLER, 2007, p.29).

O Código de Ética de 1988 prescreve, no artigo 61, que o médico não deve abandonar seu paciente em razão de moléstia crônica ou incurável, tendo a obrigação de continuar a lhe prestar assistência, ainda que para alívio do sofrimento físico ou psíquico.

Tudo considerado, o adágio, muito popular entre os médicos, de que *“curar às vezes, aliviar frequentemente e consolar sempre”*, mostra-se mais atual do que nunca.

Se a cura não é mais possível, que o *fraque*, *“de dar um jeito em tudo”*, *vestido pelo médico*, seja retirado em prol da qualidade de vida do paciente em processo de terminalidade da doença.

Em contundente livro sobre a medicina no século XX, Bernard Lown faz uma crítica severa à relação médico-paciente que foi estabelecida com o advento das novas tecnologias curativas, afirmando que a arte de ser médico foi olvidada em nome de um prolongamento excessivo do processo de morrer, com

o médico assumindo o papel do que ele chama de *oficial-maior da ciência e gerente* de biotecnologias complexas:

As escolas de Medicina e o estágio nos hospitais preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficial-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer (1997, p.23).

Para Lown (1997, p.25), o resgate do verdadeiro papel da medicina só pode ser feito por meio de uma acurada relação entre o médico e seu paciente, neste sentido, diálogo, respeito e cuidado são essenciais. O alívio que deve ser oferecido ao moribundo é perfeitamente possível por meio dos cuidados paliativos, tópico que será abordado no último capítulo desta parte.

A dignidade humana, um dos fundamentos da República, é observada quando se tem em mente o bem-estar do sujeito em fase de terminalidade. Intuitivamente, é possível afirmar que não é recomendável que se abrevie a vida do enfermo, assim como também não o é prolongar indefinidamente o processo de morte.

Para que o respeito à autonomia e à dignidade do paciente sejam respeitados no processo de terminalidade, é preciso que aconteça uma reviravolta no modelo atual da medicina, com o abandono do paradigma da cura obstinada em prol do retorno ao paradigma do cuidado, pois é deste último que o moribundo necessita.

Não significa que ao médico esteja limitado o uso da tecnologia disponível, ao contrário, não é retornando à medicina caritativa da Idade Média que se alcançará uma melhor qualidade de vida para a humanidade. Mas o modelo atual, em face dos excessos tecnológicos, deixou de compreender a importância do cuidado, principalmente em relação aos pacientes moribundos.

Léo Pessini (1996, p.39) afirma que o paradigma do cuidado permite enfrentar os limites da existência e direciona o *agir* médico a uma perspectiva serena no uso das possibilidades terapêuticas. O modelo de cuidado não coloca a doença à frente do doente e de sua dimensão simbólica. Neste sentido, afirma o autor, *“cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral”*.

Para Husemann (2005, p.38), aquele que tiver a sua frente um sujeito enfermo, acima de tudo, deve ouvi-lo, a fim de perceber sua natureza individual

e, assim, auxiliá-lo de modo eficaz e humano. Mas, a aparência exterior, prossegue o autor, não consegue fornecer os elementos necessários à análise; é preciso adentrar gradativamente na subjetividade do paciente e compreendê-lo como *outro*.

O autêntico cuidador deve, não a partir de suas ideações, mas a partir da compreensão do *outro* como *outro* e, principalmente, por meio de um ato de escuta autêntico, auxiliar o moribundo na condução de sua própria finitude, não deixando que seu sentimento de integridade¹⁹ da vida se fragmente e que outros passem a lhe ditar como proceder com sua parte simbólica na terminalidade.

Se não é possível pensar na volta da medicina caritativa havida até o século XVIII, o mesmo não pode ser dito sobre o retorno da relação de cuidado que se estabelecia entre o médico e o seu paciente. Além de amenizar sofrimentos, ministrando ópio nos corpos agonizantes, ao lado dos padres, cabia aos médicos um papel moral de acompanhantes da agonia. A doença não era colocada acima e além do ser que sofria. Ela era vista como algo que também merecia atenção, mas não apenas ela (ARIÈS, 2003, p.288), e esta atitude merece retornar a *arte* médica.

A palavra patologia, do grego *pathos*, pode ser traduzida como o que se experimenta, ou o que se sente. O doente não experimenta somente a dor física. Seu sofrimento pode ser tão multifacetado que ainda que a dor seja tratada, o sofrimento pode persistir. Daí a razão pela qual o médico trata de toda a patologia e não apenas de parte dela (os sintomas físicos).

A adoção do paradigma do cuidado exige que o cuidador aprenda a se relacionar com a finitude, pois, caso contrário, principalmente para os que assistem aos moribundos, cada morte acontecida será uma derrota vivenciada. Usando as sábias palavras de Alcino Lázaro Silva (2007, p.05), ficam as propostas: ou a condução terapêutica segue a (a) tecnologia, ou o (b) cuidado, ou o (c) cuidado associado à tecnologia ou, por fim, a (d) tecnologia, associada ao cuidado. *“A reflexão de cada um de nós resolverá este binômio, mas não se esquecendo de que o cuidado leva ao sucesso com mais rapidez e facilidade”*.

3.2.

Vida e Morte na Prática Médica

*Porque o tempo é uma invenção da morte:
não o conhece a vida – a verdadeira –
em que basta um momento de poesia*

¹⁹ No sentido dado por Dworkin ao termo.

para nos dar a eternidade inteira (QUINTANA, 1989, p.23).

3.2.1. Critérios para Aferição de Morte

A constatação da morte põe fim ao procedimento terapêutico e aos cuidados dispensados ao paciente, iniciando-se um outro momento, agora já voltado para os ritos de passagem (funeral, missas, etc.). Em alguns casos, mesmo depois de verificada a morte, é possível que o corpo continue a receber suporte vital, a fim de que os órgãos sejam preservados para transplante.

O momento da morte é dotado de grande significação no campo jurídico: na esfera cível é a partir dela que há transferência de patrimônio de um sujeito a outro; que podem cessar direitos como os reais de habitação ou de usufruto. Na esfera penal, ela poderá trazer a absolvição do réu por se constatar, por exemplo, que se trata de crime impossível, no qual não havia possibilidade de levar a óbito a vítima, uma vez que esta já se encontrava morta. Isso só para citar alguns dentre os vários exemplos possíveis.

O conceito de morte física se tornou tão tênue que o direito não tem como deixar de se guiar pelos caminhos traçados pela medicina. Devido aos avanços da biotecnologia, cada dia se torna mais difícil para os médicos e, conseqüentemente, para os juristas, definir o momento exato da morte (VILLAS-BÔAS, 2005, p.17).

De acordo com entendimento da médica e jurista Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p.18), a morte não se dá em um momento exato. Ainda que sejam deixados de lado os questionamentos multidisciplinares que envolvem o tema, e se concentre unicamente na dimensão biológica, não é possível definir, com absoluta certeza, a morte, nem o tempo de sua ocorrência.

O organismo não morre todo a um só tempo: a morte celular acontece diuturnamente, sem que se tenha iniciado o processo terminal de morte. Do mesmo modo, é possível que o óbito já tenha sido atestado, mas que funções orgânicas continuem íntegras. Neste segundo caso, que fique bem claro, não se está mais falando de um ser vivo, mas tão-somente de um organismo biologicamente ativo (PENNA, 2005, p.01-02).

Segundo entendimento firmado pela citada autora: *“a questão é decidir quais grupamentos celulares, uma vez tendo encerrado sua atividade biológica, tornam inexorável o processo de morte do organismo in totum”* (VILLAS-BÔAS, 2005, p.18).

A Declaração de Sidney, resultado da 22ª Assembléia Médica Mundial, de 1968, e sua respectiva Emenda, de 1983, já incorporando o conceito de morte encefálica, assim determina o momento da morte:

A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual a nível celular, com variações de sua capacidade de substituir a privação de oxigênio. O interesse clínico não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação.

(...) Antes de determinação da morte de uma pessoa impõe-se eticamente processarem-se todas as tentativas de ressuscitação e, em países onde a lei permite a remoção de órgãos de cadáveres, o consentimento deverá estar previamente legalizado (ASSEMBLÉIA MÉDICA MUNDIAL).²⁰

O conceito de morte pode, além de biológico, entendido como a cessação da vida, também ser clínico, mais ligado à concepção de fim social; ou teológico, compreendendo a morte como sendo a separação do corpo e da alma ou, ainda, filosófico, no qual a morte é compreendida como uma troca substancial irreversível (AGUARÓN, 2003, p.32).

Mais afeito ao tema aqui proposto, é viável a análise apenas dos dois primeiros: *a biológica e a clínica*. Enquanto a primeira pode ser aferida pela integridade de células e órgãos, analisados individualmente, a segunda toma como referência o sujeito que, segundo entendimento de Vanrell, citado por Villas-Bôas (2005, p.19), está diretamente relacionado com o “*conceito habitual de finalidade da persona*”, e não com seus aspectos puramente biológicos.

Villas-Bôas (2005, p.18-19) afirma que a *morte clínica* é anterior à *biológica* e “*a supera em relevância socialmente atribuída para a finalidade de caracterizar a extinção da vida*”.

Tomando o aspecto puramente biológico, Delmanto (2000, p.229) conceitua a morte como sendo a cessação do funcionamento cerebral, circulatório e respiratório. Registrando, entretanto, que o artigo 3º da Lei n. 9.434/97 (*Lei de Transplantes*) prevê a retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, destinados a transplante ou a tratamento, devendo ser precedida de diagnóstico de morte encefálica.

Para Guilherme de Souza Nucci (2003, p.400-01), o conceito tradicional de morte admitido pelo direito não foi alterado substancialmente com o advento da citada Lei de Transplantes. A mudança ocorreu somente no momento final do processo de terminalidade, que antes não se contentava apenas com a

cessação da atividade encefálica - como hoje acontece -, sendo também imprescindível que esta se somasse à parada circulatória e respiratória, em caráter definitivo.

Interessante notar que, a despeito de a medicina falar em *processo de morte*, que seria a sucessão de interrupções definitivas das diferentes funções vitais, para os juristas a morte se dá em um evento único, ainda que de difícil aferição. Serão conceituados os dois critérios biológicos para se constatar a morte: a parada cardiorrespiratória e a morte encefálica.

3.2.2. Parada Cardiorrespiratória

Até metade do século XX vigorou, na medicina ocidental, o critério cardiorrespiratório como sendo o único para a aferição do momento da morte. O ato de respirar era suficiente para que o indivíduo fosse considerado vivo, não importando se as demais partes do *todo* já não mais respondessem a estímulos.

Tal noção de que vida e morte são delimitadas pelo ato de respirar ainda traz resquícios para o ordenamento jurídico brasileiro, pois a personalidade do sujeito só tem início a partir do momento do nascimento com vida – que é constatada a partir do primeiro ato de respirar.

É o critério mais simples para aferição do óbito do paciente, pois mais facilmente verificável em termos clínicos. Antes dos avanços trazidos pela medicina moderna, em caso de dúvidas acerca da morte, o corpo era submetido a vários testes, a fim de verificar a falência circulatória e respiratória. Os testes eram simples, como a ausculta cardíaca silenciosa por mais de cinco minutos (prova de *Bouchut*) e a ausência de murmúrio respiratório à ausculta. Também era verificada a ausência de atividade respiratória pela prova de *Winslow*, em que se aproximava um espelho ou um fiapo de algodão nas narinas do paciente e, estando este morto, o espelho não se embaça nem o algodão se agitava (VILLAS-BÔAS, 2005, p.21).

Os procedimentos acima descritos têm interesse apenas históricos, uma vez que a modernização dos exames gráficos e de imagem permite um diagnóstico mais seguro e menos agressivo (VILLAS-BÔAS, 2005, p.21).

O critério cardiorrespiratório, apesar de ainda utilizado, não é mais, sozinho, um indicativo seguro do óbito, uma vez que, mesmo depois de cessada

²⁰ ASSEMBLÉIA MÉDICA MUNDIAL. 22ª Assembléia Geral: Declaração de Sidney, 1968. In: ___ *Comentários ao Código de Ética Médica*. Genival Veloso França, 2002, p.272.

a respiração, é possível reanimar o paciente, fazendo uso do procedimento de ressuscitação cardiorrespiratória²¹, desde que não comprometidas suas funções vitais.

Em 1968, a Assembléia Médica Mundial definiu que a interrupção de toda e qualquer função do cérebro por mais de sessenta segundos deveria ser o critério a ser adotado para se determinar o momento da morte. Seguindo o mesmo caminho, a Academia Pontifícia de Ciências do Vaticano convocou uma reunião de grupo de trabalho formado por médicos de várias especialidades, juristas e teólogos morais, em 1985, para que determinassem quando poderia ser considerado o momento da morte e eles afirmaram que *“la muerte cerebral es el verdadero criterio de la muerte, puesto que la parada definitiva de las funciones cardio-respiratorias conduce muy rápidamente a la muerte cerebral”* (AGUARÓN, 2003, p.34).²²

Portanto, a insuficiência do critério cardiorrespiratório diante dos avanços terapêuticos demonstrou que uma nova forma de aferição do óbito se fazia necessária, a fim de que a caracterização do momento da morte se desse de modo mais preciso.

3.2.3. Cessação da Atividade Cerebral

Hodiernamente,   possível entender que a fronteira entre a vida e a morte não mais se encontra na capacidade de respirar autonomamente, mas sim na caracteriza o da cessa o da atividade cerebral de modo irreversível – morte encefálica.

A insuficiência do antigo critério – cardiorrespiratório – se mostrou de forma definitiva diante dos grandes avanços da medicina moderna e da possibilidade do prolongamento indefinido de um corpo biologicamente morto. Além disso, como dito anteriormente, mesmo no critério cardiorrespiratório, o que demonstra a irreversibilidade do quadro não é a cessa o da atividade circulatória ou a parada cardíaca propriamente (que podem ser revertidos), mas sim a morte cerebral, para a qual não há reversão possível.

Em 1968, a Comissão de Harvard decidiu considerar o conceito de morte encefálica como sendo equivalente ao diagnóstico de morte propriamente dita e

²¹ Para maiores detalhes, ver, BORN, Daniel; GONÇALVES JR., Iran Lopes; RIBEIRO, Érika Pracchia. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscita o Pulmonar. In: *___Atualiza o Terapêutica 2001*, 2001, p.116-122.

criou alguns critérios para sua aferição. O objetivo da Comissão de Harvard era pôr fim à polêmica gerada depois que o Dr. Christian Barnard, em 1967, seguido por outros médicos, havia realizado transplantes de coração sem se valerem de diretivas claras acerca da extração de órgãos em seres humanos (AGUARÓN, 2003, p.33).

Seguindo o caminho traçado pela Comissão de Harvard, diversas outras instituições, tanto médicas quanto jurídicas, iniciaram a redação de protocolos a fim de disciplinar a controversa matéria. Mas, de acordo com Penna (2005, p.02), em 2001, foi realizada uma investigação acerca dos critérios de morte cerebral em 80 países, chegando-se à conclusão de que havia diferenças consideráveis no procedimento. Nos EUA, a morte neurológica é definida como ausência de toda e qualquer função encefálica, ou seja, é preciso que todo o encéfalo esteja morto, e não somente que tenha ocorrido a perda de função do tronco encefálico.

Em 1990, o Conselho Federal de Medicina determinou oficialmente que a morte encefálica deveria ser considerada como um critério para a verificação da extinção da vida. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.480/97, é na pesquisa dos reflexos supra-espinhais específicos que é possível dar o diagnóstico de morte encefálica.

Na supracitada Resolução, o diagnóstico da morte encefálica precederá a coleta de dados clínicos históricos do paciente e exames detalhados, a fim de que sejam afastadas outras possíveis causas para o coma, tais como hipotermia e uso de substâncias entorpecentes depressoras do sistema nervoso central²³. Também determina que seja feito, além do exame clínico e neurológico, um eletroencefalograma ou exame de imagem que demonstrem a ausência de fluxo sanguíneo local ou ausência de atividade metabólica (VILLAS-BÔAS, 2005, p.25).

Afirmam Romper & Martin (1998, p.144) que os critérios ideais para a constatação da morte cerebral são simples e podem ser constatados à beira do leito do enfermo: (a) destruição cortical generalizada, demonstrada por meio da presença de um coma profundo; (b) lesão global do tronco cerebral, constatada

²² "A morte cerebral é o verdadeiro critério de morte, pois a parada definitiva das funções cardiorrespiratórias conduz muito rapidamente à morte cerebral".

²³ De acordo com Martin & Ropper, como sempre é necessário excluir a possibilidade de depressão profunda do sistema nervoso central, é indicado que, depois de constatada a morte cerebral, seja estabelecido um período de observação, que pode variar de 6 a 24 horas. Caso a causa da morte cerebral tenha sido decorrência de uma parada cardíaca ou a doença desencadeadora seja desconhecida, o prazo de espera deve ser de 24 horas.(MARTIN, Joseph B;

pela ausência de reação da pupila à luz e abolição dos reflexos oculovestibular e corneais e (c) destruição bulbar, percebida por meio da apnéia total.

O diagnóstico de morte cerebral ainda suscita dúvidas, tanto nos médicos quanto nos juristas. A primeira delas diz respeito à possibilidade de se considerar a anencefalia²⁴ como espécie morte cerebral. A resposta é negativa, pois não há que se falar em morte encefálica para menores de sete dias de vida, daí a impossibilidade de ser atestada em anencéfalos (VILLAS-BÔAS, 2005, p.26).²⁵

Outro ponto importante diz respeito ao desligamento do suporte mecânico nos casos em que, diagnosticada a morte encefálica, não houvesse possibilidade de doação de órgãos ou tecidos. Para Villas-Bôas (2005, p.27) a questão não é controversa, uma vez que a manutenção artificial da vida biologicamente ativa do doador tem justificativa apenas no fato de seus órgãos e tecidos serem retirados para transplante. Dessa forma, quando se tratar de sujeito não doador, não há que se falar em manutenção artificial de um corpo que já teve sua morte encefálica atestada, eis que biológica e juridicamente morto.

No doador, isso se justifica em face do interesse maior da doação, autorizada legalmente e pelo responsável. No morto encefálico não doador, para o qual não há tal justificação, o suporte artificial não traz qualquer benefício, resultando em importante e desnecessária despesa econômica e em ocupação de escasso leito em Unidade de Terapia Intensiva por paciente médica e juridicamente morto. Sua exposição a procedimentos desnecessários pode configurar, ainda, o delito de vilipêndio de cadáver, nos termos do artigo 212 do Código Penal brasileiro, porquanto representa manipulação e invasão do corpo humano morto, sem uma finalidade plausível (VILLAS-BÔAS, 2005, p.27).

ROPPER, Allan H. Estados Confusionais Agudos e Coma. In: ___ *Harrison Medicina Interna*, 1998, p.144).

²⁴ ANENCEFALIA. Anencefalia é um anomalia congênita (do latim “congenitus”, “gerado com”). Começa a se desenvolver no início da vida intra-uterina. A palavra anencefalia significa *sem encéfalo*. O encéfalo é conjunto de órgãos do sistema nervoso central contidos na caixa craniana. Não é uma definição inteiramente acurada, pois o que falta é o cérebro com seus hemisférios e o cerebelo: Uma criança com anencefalia geralmente nasce sem o couro cabeludo, calota craniana, meninges, mas com o tronco cerebral preservado. Muitas crianças com anencefalia morrem intra-útero ou durante o parto.

²⁵ Apesar de muitos desejarem equiparar o anencéfalo ao morto cerebral, tal não é possível, uma vez que, ainda que sobrevivam mais que os sete dias exigidos “com base em cuidados artificiais, sua condição de má formação neurológica grave faz com que eles apresentem respostas atípicas, não condizentes com as esperadas em caso de morte encefálica” (VILLAS-BÔAS, 2005, p.26); PROJETO DE LEI DO SENADO nº.405/2005, de autoria da Senadora Serys Slkessarenko, que prevê a remoção de órgãos ou partes do corpo humano dos anencéfalos, desde que a manutenção da atividade respiratória ocorra somente por meio artificial e/ou comprovada a impossibilidade de manutenção da vida, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos a serem definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

A Lei n.9.437 de 1997 (*Lei de Transplantes*), que disciplinou sobre a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, prevê a possibilidade da remoção depois de constatada a morte cerebral. Assim compreendido, se é possível retirar partes vitais do corpo depois de constatada a morte cerebral, não pode ser outro o entendimento, senão o de que o ordenamento jurídico considera a morte encefálica como inserida no conceito de *morte*.

Portanto, não há que se falar em procedimento eutanásico em pacientes não doadores de órgãos, cuja morte cerebral já tenha sido atestada. Trata-se somente de desligar suporte não vital, pois a vida já se esvaiu, sendo, ao contrário, um dever ético (JARAMILLO, 2000, p.05).

Entendimento parecido é o do Conselho Federal de Medicina que, em 24 de out. 2007, editou a Resolução 1.826/07, na qual dispõe que “*é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante*”.²⁶

3.2.4. Estados intermediários

Os estágios intermediários entre a vida e a morte são os que mais suscitam dúvidas, tanto na área de saúde, quanto na ética e nos intérpretes do ordenamento jurídico.

Villas-Bôas (2005, p.30), citando José Maria Marlet, define como *morte intermédia* aquela caracterizada pela “*extinção progressiva e inexorável das atividades biológicas, sem que se possa recuperar, por nenhum meio, a vida do organismo de forma unitária*”.

A autora citada prefere chamar tais estágios de “*estados intermediários no final da vida*”, inserindo no conceito não somente os que se encontram em estado de coma grave ou vegetativo persistente, como também os anencéfalos, o recém-nascido malformado grave ou prematuro extremo, o paciente sem prognóstico e o terminal.²⁷

²⁶ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1.826/07. Em sua fundamentação, a citada Resolução afirma que a suspensão de suportes terapêuticos extraordinários não é considerada eutanásia, nem tampouco configura qualquer delito contra a vida, tendo em vista que a irreversibilidade do quadro, autorizaria ética e legalmente sua retirada.

²⁷ A despeito de a autora denominar os pacientes em processo de terminalidade de “*terminais*”, na presente pesquisa buscar-se-á denominá-los como *pacientes fora de possibilidade terapêutica ou em processo de terminalidade*, uma vez que o que é terminal é a doença e não o paciente.

Todos estes pacientes, apesar de inconscientes, são considerados vivos, biológica e juridicamente, pois o critério atual para aferição de morte é o encefálico, no qual estes enfermos não se enquadram. Em alguns casos, devido à gravidade ou ao avanço da doença, ou (a) a morte se apresenta como próxima ou (b) a possibilidade de recuperação da vida relacional é remotíssima.

A presente pesquisa não abordará todos os casos trazidos por Villas-Bôas, eis que compreende que nos estados intermediários encontram-se apenas o comatoso grave, o sujeito em estado vegetativo persistente e o paciente em processo de terminalidade.

3.2.4.1. O Comatoso

A morte, quando não repentina, costuma ser precedida de um período de inconsciência, classicamente chamado de coma. Mas, não é somente nestes casos que o coma pode surgir. Um paciente pode ficar inconsciente após, por exemplo, um acidente de automóvel.

O coma é uma condição patológica na qual há uma supressão total ou parcial e prolongada²⁸ da consciência, acompanhada por ausência de movimentos voluntários e atenuação ou ausência dos reflexos e da sensibilidade. Em alguns casos, há preservação das funções fundamentais, como a circulação sangüínea, a respiração e a termorregulação (chamadas funções vegetativas) (AGUARÓN, 2003, p.27).

O indivíduo em estado de coma é tratado pelo ordenamento jurídico pátrio como vivo e, conseqüentemente, sujeito de direitos e merecedor de toda proteção das normas. Qualquer procedimento com o fito de abreviar-lhes a vida, de acordo com direito positivo brasileiro, é considerado crime.

Villas-Bôas (2005, p.31) afirma que o coma é caracterizado por *“uma alteração variável no nível de consciência, na motricidade voluntária e na sensibilidade, causada por algum tipo de agressão ao sistema nervoso central”*.

De acordo com Cardeal & Fukijima (2001, pp.882-83), costuma-se distinguir quatro estágios de coma: a) torpor ou estupor: caracteriza-se por uma depressão no estado de consciência, na qual o enfermo responde a estímulos, sendo, inclusive, capaz de dar respostas verbais simples ou motoras; b) superficial: nessa fase do coma não há o alerta e a resposta aos estímulos

²⁸ A duração da perda da consciência de si e do ambiente pode variar de acordo com a profundidade do coma.

dolorosos são incompletas, mas mantidos os reflexos dos olhos, de sensibilidade à luz, com funções autonômicas preservadas; c) profundo: há a completa abolição da consciência, sem respostas a estímulo de dor e com motricidade ausente. Não apresenta reflexos corneais. Não raro, há distúrbios autonômicos das funções respiratórias, cardiocirculatórias e da termorregulação; d) *dépassé*: aqui as funções vegetativas encontram-se afetadas, necessitando de suporte vital e fármacos para a manutenção das condições ventilatórias e circulatórias. Os reflexos de integração no tronco cerebral estão abolidos, podendo haver alguma atividade reflexa de integração na medula espinhal. Segundo os autores, a exceção de alguns comas tóxicos, geralmente, neste estágio o coma é irreversível.

A indicação do estágio do coma e a delimitação de um prognóstico são importantes no sentido de alocação de recursos do sistema de saúde, bem como de limitação nas intervenções nos casos em que o quadro se mostrar quase irreversível. Não há um sinal certo a fim de possibilitar um prognóstico indubitável. Afirmam Martin & Ropper (1998, p.145) que *“todos os esquemas para prever prognósticos devem ser usados apenas como indicações aproximadas, e as avaliações clínicas devem levar em consideração idade, doença subjacente e condição clínica geral”*. Seguem os autores, afirmando que a combinação de sinais clínicos tem valor prognóstico e não são conclusivos e dotados de certeza absoluta.

Villas-Bôas (2005, p.32) reconhece a angústia e a incerteza dos familiares quando se vêem frente a um ente querido em estado comatoso persistente e, em muitos casos, de difícil regressão. Contudo, se não for constatada a morte cerebral no paciente em estado de coma, ainda que profundo, ele será considerado pelo ordenamento positivo brasileiro como dotado de vida e o desligamento do suporte vital é encarado como crime. Mas, obviamente, que, apoiando-se no desejo dos familiares, é possível a suspensão de tratamentos extraordinários, que visem somente o prolongamento desmedido do processo de morte. Também, usando a idéia de cuidados paliativos, que será explicada no próximo capítulo, não é indicado o procedimento de ressuscitação em caso de parada cardiorrespiratória.

3.2.4.2. Estado Vegetativo Persistente

Não há que se confundir o comatoso profundo com o sujeito em estado vegetativo persistente, pois a lesão de ambos se difere substancialmente.

Enquanto no primeiro varia o grau da lesão, que pode ser extremado (chegando até mesmo ao diagnóstico de morte cerebral) ou leve (como uma mera lesão transitória, sem seqüelas para o paciente), no segundo, há uma completa destruição cortical, tornando pouquíssimo provável qualquer possibilidade de vida relacional, a despeito de se manterem íntegras as funções vegetativas do tronco encefálico.²⁹ Não havendo, portanto, “*relação direta entre o coma e a morte cortical, como existe no estado vegetativo persistente*” (VILLAS-BÔAS, 2005, p.32-33).

No estado vegetativo persistente há uma perda da capacidade de raciocínio, de memória, de relacionamento social, de compreensão, expressão, cognição e sensibilidade por parte do *paciente*. O indivíduo perde a autoconsciência e a percepção do mundo que o cerca. Não obstante, é possível que o paciente abra os olhos, faça alguns movimentos e, raramente, responda a alguns estímulos.

Há quem chame este estado, de acordo com Villas-Bôas (2005, p.34), de *morte encefálica parcial*, abrindo questionamento acerca da possibilidade de esses indivíduos poderem ou não ser caracterizados como *peçoas*, em seu sentido antropológico. Contudo, não está determinado pela medicina se não é possível que recuperem a consciência, uma vez que, de acordo com Aguarón (2003, p.29), *persistente* não equivale a *permanente*.

A discussão atual sobre os indivíduos que se encontram neste estado irreversível, tanto na área médica quanto na jurídica, diz respeito à possibilidade de suspensão ou de omissão do tratamento, bem como o desligamento do suporte vital que garante a sobrevivência vegetativa indeterminadamente, mas sem condição de restabelecimento da vida relacional.

Quanto à suspensão de tratamentos extraordinários, desde que, consentida pelos familiares, é possível que a equipe médica deixe de administrá-los. No tocante aos ordinários e ao desligamento do suporte vital, a resposta não é tão simples.

²⁹ Dois casos famosos de pacientes em estado vegetativo persistente são o de Nancy Cruzan e o de Karen Ann, analisados por Ronald Dworkin em seu livro *O Domínio da Vida*. (DWORKIN, Ronald. *O Domínio da Vida*, 2003).

Tem sido sustentado que manter a vida de um sujeito inconsciente por anos a fio não é mais que manter uma função fisiológica, pois a vida só existiria se mantida a capacidade relacional e, uma vez perdida, ainda que íntegras as funções vegetativas (respiração, circulação, etc.), a pessoa poderia ser considerada como morta.

Uma resposta final para a afirmação acima não é o objetivo do presente trabalho, todavia, constata-se, no campo prático, que a atitude tem sido a de suspender a hidratação e a alimentação artificial do paciente, deixando que a morte sobrevenha por inanição.³⁰

Não com a pretensão de pôr fim a controvertida matéria, mas somente no intuito de evitar um gasto social excessivo e (muito provavelmente) inócuo, bem como impedir que um paciente morra sem receber os devidos cuidados, Aguarón (2003, p.29-32) propõe uma solução eticamente viável, por meio de inserção dos cuidados paliativos (assunto do próximo tópico), em que o enfermo é levado para casa e recebe o “*melhor tratamento possível*”, incluindo hidratação e alimentação.

Mantendo-se a legislação atual sobre o tema, desligar suporte vital ou suspender alimentação ou hidratação para os pacientes em estado vegetativo persistente é considerado eutanásia e, portanto, passível de ser apenado pelo ordenamento jurídico brasileiro.

3.3.

Terminalidade e Cuidados Paliativos

Uma medicina do sujeito é aquela que combina a cura da doença com o cuidado do doente; uma escola do sujeito é aquela que reforça a capacidade de cada um tornar-se um ser autônomo, por meio do respeito à diversidade cultural e, ao mesmo tempo, pelo acesso de todos aos conhecimentos científicos e técnicos (TOURAINÉ, Apud, MÖLLER, 2007, p.14).

3.3.1.

Necessária Inserção ao Tema

Paliativo vem do latim *paliado*, no sentido de encobrir, dissimular, disfarçar. Tornar menos intenso, atenuar, abrandar, remediar (HOUAISS, 2001, p.2110).

³⁰ Um caso emblemático é trazido por Dworkin: Nancy Cruzan, em 1983, após perder o controle do veículo foi conduzida ao hospital, onde foi possível recuperar as funções respiratórias e cardíacas. O estado de coma durou três semanas, quando então foi diagnosticado o estado vegetativo persistente. Durante o coma a paciente conseguia alimentar-se sem sonda, mas, a fim de facilitar o procedimento, foi inserida sonda alimentar e para hidratação. Em 1989 seus pais solicitaram

Na prática de saúde, os cuidados paliativos têm por finalidade tornar a passagem da vida para a morte algo menos doloroso para o paciente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cuidado paliativo é o cuidado ativo e total dado ao enfermo, cujo mal não responda mais ao tratamento terapêutico. São cuidados ativos totais que proporcionam controle da dor e dos sintomas subjacentes ao quadro, com suporte psicológico, social e espiritual, tendo como objetivo buscar continuamente a melhora da qualidade de vida para o moribundo e seus familiares (*Apud* CARNEVALLI, 2003, p.101).

A função primordial dos cuidados paliativos é a de oferecer uma abordagem multidisciplinar, na qual enfermeiros, assistentes sociais, médicos, profissionais de saúde mental, dentre outros, buscam o abrandamento da angústia experimentada pelos pacientes em processo de terminalidade, bem como de seus familiares, por meio da prevenção e alívio da dor, com identificação precoce, avaliação correta e tratamento adequado para o quadro algico, assim como o suporte às questões existenciais subjacentes.

Os cuidados paliativos trazem a idéia de que todos os estados e etapas da morte podem ser vividos com empatia e humanidade, com apoio, consolo, contato e uma permanente preparação do enfermo e seus familiares para a morte que se apresenta (ENGELHARDT, 2002, p.03).

Cicely Saunders foi uma das precursoras da idéia de cuidados paliativos. Foi enfermeira, assistente social e médica, e, em 1967, fundou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres, onde reuniu especialistas da área médica e da enfermagem com cuidadores de outras áreas, como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, dentre outros. Sua pretensão era ofertar aos pacientes moribundos um atendimento global, sempre com vistas ao seu bem-estar. Em sua instituição, familiares e pacientes são vistos como uma unidade e, nesse sentido, merecedores de cuidados específicos.

Um dos precursores da idéia de tratamento paliativo no Brasil foi Marco Túllio de Assis Figueiredo. Em entrevista a Revista Prática Hospitalar, concedida em 2003, o médico afirmou que, em 1994, havia, no Brasil, dez equipes de cuidados paliativos e que, naquele ano (2003), este número não ultrapassava trinta (FIGUEIREDO, 2003, p. 20), isso a despeito do fato de já, no ano de 1997, ter sido criado, pelo Ministério da Saúde, o *Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados paliativos Para os Profissionais de Saúde*.

autorização judicial para a interrupção da alimentação e hidratação, o que foi concedido em junho de 1990. Depois de doze dias morreu por inanição.

Em novembro de 2002, Figueiredo (2003, p.21) entrou em contato com 111 escolas médicas do país, a fim de pesquisar se havia, na carga horária, a disciplina de cuidados paliativos, não obtendo resposta afirmativa de nenhuma delas.

De acordo com a *Associação Brasileira de Cuidados Paliativos*, os procedimentos paliativos devem seguir às seguintes diretrizes: (a) aumentar a autoridade e a qualidade de vida do paciente e sua família; (b) providenciar suporte e orientação prática, para os pacientes e seus entes queridos; (c) providenciar o alívio adequado para a dor e seus sintomas; (d) manter o conforto e a dignidade do indivíduo; (e) preparar os pacientes, suas famílias e prestadores de serviço para a morte; (f) proporcionar apoio à família e entes queridos no luto, dentre outros.³¹

Em franco crescimento nos países desenvolvidos, a idéia de cuidados paliativos, no Brasil, ainda é vista com bastante ressalva entre os profissionais de saúde e pelos próprios moribundos (ANDRADE FILHO, 2001, p.260). Isso porque ambos insistem em manter uma centelha de esperança de, quem sabe, um dia, a morte só acontecer mesmo com o *outro*.

Ainda que pouco difundida no meio médico e também na sociedade brasileira, o simples surgimento desta perspectiva por aqui já demonstra um avanço. Isso porque os cuidados paliativos representam uma verdadeira revolução no tratamento do paciente em processo de terminalidade, com a atenção voltada para o alívio da dor e do sofrimento no processo de morte e não mais para a cura da doença.

O momento atual se mostra oportuno para uma discussão social aberta sobre a morte, com a verdadeira conscientização de que ninguém é imune a ela e, conseqüentemente, é preciso buscar caminhos éticos para serem seguidos quando ela se apresentar atual e iminente.

Trazer os cuidados paliativos para o debate é compreender que a melhor maneira de morrer dignamente é atentar para a morte antes que ela se apresente de modo irreversível; além disso, saber que é possível ser cuidado – e não mais medicado obstinadamente –, pode trazer ao paciente certa tranquilidade em relação à condução do seu tratamento e, com isso, certamente, proporcionar um aperfeiçoamento da conduta médica frente à terminalidade.

³¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Cuidados paliativos e Terminais dos Doentes com HIV*, 2004, [não numerado].

3.3.2. Definição e Tipos de Enfermidades

O que diferenciaria uma pessoa sã de uma doente? Esta pergunta, à primeira vista simples e não é tão banal quanto parece. Conforme dito no capítulo anterior, em sentido amplo, saúde pode ser entendida como condição de vida com independência e autonomia.

A exceção das crianças, aqueles que se encontram, de alguma forma, aos cuidados de outros, via de regra, não podem ser considerados sãos, mas, também, nem sempre são enfermos, no sentido clínico. Assim, é possível que alguém com transtornos mentais não possa ser considerado são do ponto de vista clínico, não obstante realize, de forma satisfatória, os atos de sua vida.

Em sentido restrito, enfermidade é um modo anômalo de vida, reativo a uma alteração física ou psíquica, geralmente acompanhada de dor e, às vezes, sofrimento. Uma enfermidade não é um acontecimento isolado, puramente biológico, podendo afetar o ser humano em suas percepções existenciais, obrigando, desta forma, a uma nova reorganização em seu modo de viver (AGUARÓN, 2003, p.13).

Em toda enfermidade, é possível vislumbrar a espreita da morte, mas, de fato, nem sempre ela ocorre. Então, no conceito de enfermidade não se estaria falando somente do paciente em processo de terminalidade, mas sim de todos os portadores de doença.

As enfermidades se dividem em agudas e crônicas. Aguda é a enfermidade de início brusco, não insidiosa e com manifestações súbitas; enquanto a crônica é aquela que se arrasta por um período prolongado de tempo, podendo, muitas vezes, uma enfermidade crônica, ter períodos de amenização, quando o portador da doença experimenta certo alívio em relação aos sintomas e às privações advindas do quadro, para, depois, haver o ressurgimento da sintomatologia.

Outra divisão possível é conceber as enfermidades como curáveis e incuráveis. As curáveis são aquelas para as quais a medicina encontrou meios para um tratamento eficaz e somente um evento inesperado levaria ao óbito, como é o caso da pneumonia. Já as incuráveis são o extremo oposto, ou seja, são enfermidades nas quais, a despeito de haver possibilidade de prolongar a vida do paciente, às vezes, até de modo muito satisfatório, ainda não há meios para que o organismo se veja permanentemente livre delas, levando, não raras vezes, devido à progressão contínua, ao óbito.

Tendo estes conceitos esclarecidos, o próximo tópico tratará de fazer a distinção entre tratamento útil e inútil, tendo em vista a enfermidade apresentada pelo paciente, bem como sua resposta pessoal ao combate à doença.

3.3.3. Tratamento Fútil

O Código de Ética Médica de 1988, em seu artigo 57, afirma que o médico deve usar todos os meios para o diagnóstico e o tratamento ao seu alcance. A medida do uso deve basear-se no princípio de beneficência, onde é imperioso o questionamento sobre até que ponto o tratamento proposto visa o bem-estar do paciente e até que medida pode lhe ser prejudicial. No atual contexto da medicina, já anteriormente diagnosticado, não raras vezes o limite entre a beneficência e a não-maleficência nem sempre se mostra de fácil verificação.

A terminologia em relação ao tema não é uníssona, podendo os tratamentos considerados inúteis serem chamados de fúteis, extraordinários, desproporcionais, incomuns, dentre outros.³² Decidir até quando um tratamento é útil ou fútil, ordinário ou extraordinário, proporcional ou desproporcional, comum ou incomum, serve de norte às decisões a serem tomadas tanto pela equipe médica quanto pelo moribundo e seus familiares.

Meios úteis são aqueles que, em um determinado lugar e tempo, podem ser usados pela grande maioria das pessoas, sem provocar excessiva carga econômica, com boa esperança de eficácia terapêutica, sem que, com isso, as dores ou a repugnância do tratamento causem mal-estar. Os meios inúteis seriam exatamente o contrário (CARNEVALLI, 2003, p.177).

De acordo com Möller (2007, p.42), a futilidade ou não de um tratamento, por si só, não pode ser demonstrada. Apenas quando se tiver a frente um paciente enfermo ela é verificável. Geralmente, os tratamentos médicos visam alguns efeitos e, quando um ou mais efeitos esperados não são alcançados, é viável pensar na futilidade da intervenção.

É possível falar em dois tipos de inutilidade, a quantitativa, na qual a chance de se obter qualquer benefício para o paciente é tão remota que não justificaria sua aplicação, ou qualitativa, quando o possível benefício é tão ínfimo que não se justifica a intervenção, tendo em vista os malefícios que podem acarretar para a qualidade de vida do enfermo. Para efeitos de inutilidade

³² Conforme, dentre outros, PESSINI, Léo. *Distanásia: até quando investir sem agredir?*, 1996, p.36; MÖLLER, op. cit., p.41.

quantitativa, o percentual é considerado ínfimo quando inferior a 1%. Tendo em vista ser este um critério arbitrário, o juízo de valor é indispensável para sua correta aplicação, uma vez que é recomendável que pessoas com diferentes respostas ao tratamento sejam valoradas de modo igualmente diverso (AGUARÓN, 2003, p.35).³³

Para Genival França:

O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis [...] hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevida (FRANÇA, 2002, p.62).

Em suma, não é qualquer tratamento que é considerado fútil, mas tão-somente aqueles que não vão representar nenhum benefício ao quadro do moribundo ou cuja possibilidade seja tão remotamente alcançável que não justificaria a intervenção, isso sempre levando em consideração todos os dados relativos ao caso específico.

3.3.4. Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica

Na Holanda, há uma organização chamada Rede de Cuidados Paliativos para os Pacientes Terminais (NPTN) que definiu três fases para o tratamento das doenças em geral, fixando, ainda, os termos do cuidado para enfermos que chegam à fase de terminalidade da doença. A primeira fase seria a do diagnóstico e do tratamento voltado para a cura. A segunda, aquela em que aparecem as não-respostas terapêuticas para os procedimentos realizados, concluindo-se que a enfermidade que acomete o paciente é incurável. A terceira é a chamada fase de terminalidade da doença, na qual os procedimentos curativos deveriam ser suspensos, a fim de que se possa paliar a dor e o sofrimento do paciente (CARNEVALLI, 2003, p.102).

A transição entre a segunda e a terceira fase nem sempre é nítida, razão pela qual, muitas vezes, mesmo nos pacientes fora de possibilidade terapêutica, a medicina curativa continua a vigorar, não no sentido de prejudicar o paciente,

³³ No mesmo sentido, JECKER, Nancy S.; SCHNEIDERMAN, Lawrence J. Poner fin al tratamiento inútil: questões éticas. *Apud* MÖLLER op. cit., p.42.

mas sim pela falta de reconhecimento de que a arte médica já não pode oferecer qualquer esperança de cura ao enfermo.

Na Holanda, adotou-se a postura de, ainda na primeira fase, serem iniciados os tratamentos paliativos para alívio de dor e sofrimento, deixando em aberto quando a equipe médica deverá suspender os procedimentos curativos e investir somente nos paliativos.

Aguarón (2003, p.14) afirma que, em linguagem coloquial, uma doença ingressa na terceira fase quando nenhum tratamento aplicado ao paciente tem eficácia curativa e a morte se mostra como evidente e inevitável. Já na linguagem técnica, os autores não concordam quanto ao conceito, nem tampouco quanto ao tempo em que é possível falar em terminalidade. Assim o autor optou por afirmar que a expectativa de morte diante do quadro apresentado deve ser *breve*, chamando de *breve* o prazo de um mês.

Não obstante, outros autores entendem que, uma vez diagnosticada uma doença incurável, já seria possível pensar em aplicação de tratamento paliativo. Dessa forma, os doentes crônicos iniciariam os cuidados paliativos três ou quatro anos antes de sua morte (mas, sem deixar de ministrar os medicamentos curativos possíveis e cabíveis, desde que os benefícios vislumbrados se apresentem maiores que os malefícios porventura suportados pelo paciente). Para outros, o melhoramento da qualidade de vida por meio dos cuidados paliativos se dá exclusivamente em um prognóstico de vida menor que doze meses. Já nos EUA, um paciente em terminalidade da doença não tem o direito de ficar mais que seis meses recebendo este tipo de cuidado (CARNEVALLI, 2003, p.103).

Na definição de Jaramillo (2000, p.13), paciente em terminalidade é aquele em que o processo patológico encontra-se tão sobejamente estabelecido que não seja possível oferecer nenhum tratamento resolutivo do quadro, cabendo somente a palição dos sintomas subjacentes, pois a morte, possivelmente, ocorrerá em poucos dias ou meses.

Em que pese à fixação deste prazo, obviamente ele não deve ser tomado como absoluto, uma vez que situações imprevisíveis e uma melhora inesperada podem prolongar de modo satisfatório a evolução do quadro, pelo que, então, não seria prudente firmar um prazo fixo. Assim, segundo Möller (2007, p.34), *“sua definição é baseada em critérios clínicos, com os quais se realiza um prognóstico”*.

Baseando-se em dados clínicos, conhecimentos técnicos e estatísticos, é possível vislumbrar três características na terminalidade de uma doença: (a) a

enfermidade que acomete o enfermo deve ser de evolução progressiva, apresentando quadros de estabilização e piora e o paciente não responder de modo satisfatório a nenhum tratamento proposto e (b) haver um prognóstico de morte em um período breve de tempo. Contudo, com prazo não estabelecido de modo fixo, a depender da resposta de cada enfermo. A terminalidade pode ser vislumbrada tendo em vista a debilidade severa apresentada pelo enfermo, a impossibilidade para a realização de higiene e de cuidados pessoais sem ajuda de terceiros, a perda de motricidade e de ânimo e a deteriorização progressiva das funções orgânicas básicas, dentre outros e (c) a comprovada ineficácia dos tratamentos, incluindo as terapêuticas porventura surgidas no decorrer do tratamento.

A grande diferença entre o paciente que já ingressou na terceira fase e o que se encontra nas anteriores é justamente a intenção do tratamento a ser dispensado. Se, nas primeiras fases, o tratamento é curativo, com intervenções, ainda que dolorosas, visando ao restabelecimento da saúde, na terceira, a intenção é a melhora da qualidade de vida ou o seu prolongamento de modo satisfatório e não o simples adiamento da morte, ao custo da indignidade do paciente.

Em que pese na literatura, tanto médica quanto leiga, as referências ao paciente em processo de terminalidade sejam de *doente terminal*, vários autores não concordam com tal nomenclatura. Pois isso demonstraria frieza e descaso para com o indivíduo portador da enfermidade. Para eles, é a doença que entra em sua fase terminal, não o doente e, nesse sentido, todas as vezes que se falar em terminalidade neste trabalho, ela será sempre dirigida à doença e não ao sujeito portador dela. (AGUARÓN, 2003, p.16; LARREA, 1996, p.171; CASSORLA, 2007, [informação verba]).

A inserção desta nomenclatura não é mais uma tentativa de negar a morte, o intuito é o de trazer para a linguagem um tratamento respeitoso e, ao mesmo tempo, enfatizar a noção de que *terminais* são todos os seres humanos. Não é somente a doença a causadora da morte, mas a própria efemeridade humana.

3.3.5. Qualidade de Vida

Até o início do século XX, a arte médica atentava, principalmente, para a qualidade de vida daqueles pacientes para os quais a ciência não tinha qualquer terapêutica a ofertar. Dessa forma, em que pese a insuficiência dos recursos, os

profissionais de saúde, ao postarem-se do lado da cama do moribundo, davam-lhe certa percepção de segurança e amparo na terminalidade.

Com o advento da tecnologia e dos avanços alcançados pela ciência curativa, a qualidade de vida cedeu quase todo o seu espaço para a quantidade de vida. Assim, no intuito de vencer a morte que se apresenta como iminente e inevitável, os profissionais de saúde voltaram-se contra a doença e olvidaram-se dos portadores das enfermidades, esquecendo-se de que se a vida pudesse ser comparada a um contrato, a condição para a sua perfeição³⁴ seria a morte.

A idéia de cuidados paliativos vem exatamente forçar um retorno à idéia de qualidade de vida, não como um simples retorno ao modelo anterior – o que seria impossível diante dos avanços experimentados pela ciência – mas, e principalmente, como um *modo-de-agir-cuidado*.

A partir de 1977, o termo qualidade de vida foi inserido no *Index Medicus*, fazendo com que inúmeros estudos fossem direcionados ao tema. Assim, a idéia de qualidade de vida tem servido como (a) um indicador válido para a medição da eficácia dos tratamentos; (b) um diferencial entre a escolha por uma terapia voltada para a cura ou para a palição; (c) sendo capaz de modificar prescrições médicas e direcionar a indústria farmacêutica no sentido de concentrar esforços para a manipulação de drogas que prejudiquem menos a qualidade de vida do paciente (BARROS, N. F., 2001, p.53).

O que se busca com o retorno ao paradigma qualitativo é trazer para a análise as condições existenciais do sujeito diante de seus projetos pessoais, atentando para a dignidade do enfermo. Desse modo, seria um eficaz instrumento capaz de avaliar o impacto da doença sobre as “*diferentes variáveis constitutivas do conceito de pessoa*” (TÉLLEZ, 2001, p.101).

Importante, contudo, salientar que *qualidade de vida* tem um conteúdo que pode variar de modo extremo, a depender da perspectiva que se adota: se para um idoso de oitenta anos, qualidade de vida pode significar ainda ter forças para garantir sua autonomia motriz, para um enfermo em fase de terminalidade, qualidade de vida pode apenas ser sinônimo de conseguir sozinho levar água até sua boca (BIFULCO, 2007, informação verbal).³⁵ Portanto, não é recomendável que alguém saudável e jovem tome a si mesmo como parâmetro

³⁴ No sentido de ato jurídico perfeito em um contrato com termo ou condição.

³⁵ BIFULCO, V. *Psicologia da Morte*. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007 (informação verbal). No mesmo sentido, BARROS, Newton Ferreira. Qualidade de Vida: conceito e métodos de avaliação. In: ___*Dor: diagnóstico e tratamento*, 2001, p.55. (Para o autor, é preciso ter em conta o sujeito para o qual a terapia está sendo direcionada).

quando for avaliar o que poderia ou não ser considerado como qualidade de vida para o enfermo em processo de terminalidade.

O *The Institute of Medicine Committee on Care at the End of Life* definiu o sentido de *boa morte*: “*é aquela livre de estresses evitáveis e de sofrimento para os pacientes, famílias e cuidadores em geral, de acordo com o desejo dos pacientes e das famílias e razoavelmente consistente com padrões culturais, éticos e clínicos*” (GIACOMIN, 2005, p.561). Neste sentido, a idéia de *morrer bem* é voltada para a qualidade de vida nos momentos finais da vida do moribundo e de seus familiares, compatibilizando seus desejos com os padrões sociais existentes.

Nas palavras de Junges (2003, p.33), “*a definição de qualidade de vida leva em consideração o prognóstico e sintomas do paciente, seu desempenho pessoal e social, sua concepção de vida e valores subjetivos*”, não isoladamente, mas sim dentro de um contexto antropologicamente fundado e socialmente acordado do que poderia, dentro de dadas condições, ser considerado como qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida é complexo, subjetivo e recebe diferentes abordagens na doutrina médica, mas, segundo Newton Barros (2001, p.55), “*a opinião predominante é a que a define como sendo a percepção do paciente sobre o seu estado físico, emocional e social*”.

Dessa forma, não é uma simples valoração desvinculada que se faz ao analisar o que pode ou não ser entendido como vida dotada de qualidade, mas sim, um acordo sobre as decisões clínicas justificadas pelas referências a juízos de qualidade.³⁶ Desse modo, benefícios e danos precisariam ser confrontados no momento do juízo, a fim de que se busque um tipo de qualidade de vida a que todos têm direito e não somente baseado nas perspectivas individuais de cada pessoa.

3.3.6.

Tratamento Integral: alívio da dor e do sofrimento

O enfermo que enfrenta a terminalidade pode experimentar dias de grande esperança, apesar do prognóstico desfavorável, crendo em uma cura milagrosa, e outros dias, de profunda angústia em face da sua inapelável extinção. Não raro, os sintomas álgicos podem se mostrar insuportáveis, principalmente na

³⁶ Barros propõe uma abrangente escala para medir qualidade de vida, na qual busca compreender o paciente e sua enfermidade. (BARROS, N. F., op. cit., p.59-60).

terminalidade de algumas doenças específicas, o que pode fazer com que o moribundo requeira, de modo consciente, seu aniquilamento, não tanto para se ver livre da obrigação de viver, mas para pôr fim às dores do corpo.

Quando a cura não é mais possível, o objetivo da equipe de saúde que assiste o paciente deve voltar-se para os tratamentos paliativos dos tormentos que afligem a terminalidade. Assim, aliviar a dor e o sofrimento, como dito anteriormente, é a tarefa principal dos cuidados paliativos.

Oportunamente, foi explicada a diferença entre dor e sofrimento, para onde o leitor é remetido neste momento. O objetivo aqui é demonstrar como uma equipe multidisciplinar pode ajudar e fazer com que a vida do paciente seja preservada, de modo a garantir-lhe dignidade e autonomia diante da terminalidade.

O sofrimento - como parte da angústia³⁷ - é inerente à própria condição de humanos. Todavia, no processo de terminalidade, ele pode se mostrar mais acentuado, tendo em vista que os temores existenciais mais profundos podem se abrir de modo drástico neste momento. É possível surgir questionamentos acerca da vida que se levou, da que gostaria de ter levado; a finalidade da existência e, principalmente, se ela foi cumprida; o temor pela completa extinção e o medo de um possível juízo final, dentre outros, já oportunamente explicitados.

Além disso, a dor, especialmente a crônica, às vezes difícil de ser mensurada, tendo em vista que pode ser multiplicada em virtude da recordação da dor que o paciente sofreu antes de ser medicado pela última vez e da apreensão de vir a sofrê-la novamente (AGUARÓN, 2003, p.55; FIELDS & MARTIN, 1998, p.62), leva o enfermo a sentir verdadeiro pavor pelo simples fato de estar vivo e submetido à *loucura* do tratamento curativo.

A palição da dor e do sofrimento – e não sua completa extinção, pois isso quase nunca se mostra possível – é o grande objetivo dos cuidados paliativos. Por esta razão, estes tópicos merecerão uma análise um pouco mais abrangente.

3.3.6.1. Palição da Dor

Os sintomas algícos não são percebidos de modo idêntico por todos os enfermos (FIELDS & MARTIN, 1998, p.62). Desde que nasce o sujeito se vê

acometido por dores físicas, em maior ou menor grau³⁸, contudo, ela pode ser influenciada pela compreensão que se tem sobre o quadro, bem como pela cultura na qual o paciente encontra-se inserido (FERREIRA, P. E. M.S., p.43; MÖLLER, 2007, p.65).

Em 1979, o Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudo da Dor definiu dor como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais”* (TEIXEIRA, 2001, p.7-8).

A dor pode ser classificada em aguda ou crônica e, de acordo com Ferreira, enquanto a primeira é um *“fenômeno transitório associado com lesão tecidual, presente ou potencial”*, a segunda apresenta-se como *“uma condição persistente, mesmo após a cura da lesão”* (FERREIRA, P. E. M. S., p.44). Ou pode, ainda, ser fisiológica, no sentido de captação de agressões ao organismo, contudo, em um sistema intacto; ou patológica, quando o sintoma álgico é percebido devido a alterações no sistema de captação, condução e processamento da dor (CALIA & VIEIRA, 2001, p.63).

A dor, sintoma universalmente compreendido como sinônimo de doença, que antes da terminalidade representava um alerta orgânico sobre a eventual possibilidade de uma patologia, na fase de terminalidade não tem mais qualquer função, podendo, ao contrário, ser fonte geradora de ansiedade, depressão³⁹ ou insônia para o moribundo⁴⁰.

Por esta razão, a primeira coisa a ser feita pela equipe de cuidados paliativos é aliviar a dor, sem o quê não resta abertura para o trabalho dos outros profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar. O médico e os enfermeiros são os primeiros a serem chamados, a fim de que possam fazer frente à dor física apresentada pelo quadro terminal da doença, que pode se dar de duas formas: com anestesia ou analgesia.

A diferença entre anestesia e analgesia é, de acordo com o Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, a de que, na

³⁷ No sentido dado ao termo por Heidegger e Kierkegaard.

³⁸ Um terço dos norte-americanos sofre algum tipo de dor crônica. (FERREIRA, Pedro E. M.S. Dor Crônica: avaliação e tratamento psicológico. In:___*Dor: diagnóstico e tratamento*, 2001, p.44).

³⁹ Segundo Brose, citado por Ferreira, o diagnóstico psiquiátrico mais freqüente entre pacientes acometidos por dores crônicas é a depressão, oscilando de 10% a 87%, e diversos estudos têm relacionado depressão com dor crônica. *“Muitos dos sintomas físicos e emocionais considerados como característicos da depressão (transtorno de sono, diminuição da libido, cansaço) podem, em pacientes com dor crônica, ser secundários ao processo doloroso e, portanto, não relacionados ao transtorno afetivo”*. (FERREIRA, P. E. M. S., op. cit., p.45; No mesmo sentido, FIELDS, Howard L.; MARTIN, Joseph. Dor: fisiopatologia e tratamento. In:___*Harrison Medicina Interna*,1998, p.65.

primeira, ocorre uma inibição da sensibilidade dolorosa, com perda da consciência, o que não acontece na última. É possível, todavia, que fármacos anestésicos possam ser reduzidos a analgésicos, donde não haveria perda de consciência, a depender do tipo de técnica utilizada, dose ou concentração do medicamento utilizado.⁴¹

3.3.6.1.1. Anestesia Geral ou Sistêmica

O primeiro caso a ser abordado aqui é a anestesia geral, também chamada de sistêmica. Não que este seja o modo mais indicado para o tratamento dos quadros de terminalidade, mas, por uma questão de organização da presente pesquisa.

O tratamento anestésico geral é mais comumente voltado para procedimentos cirúrgicos de grande monta, mas não é somente esta sua função, podendo também ser ministrado aos pacientes (a) submetidos a cuidados intensivos, (b) para o tratamento da dor crônica e em (c) terapias respiratórias (MILLER, 1993, p.128).

A anestesia sistêmica faz com que seja eliminada toda forma de sensibilidade, não somente a de dor, mas também, táctil, térmica, etc., além de conduzir o enfermo à inconsciência.⁴²

Ante a iminência da morte, a anestesia sistêmica pode se mostrar útil em alguns casos, principalmente naqueles em que o enfermo se mostre bastante agitado e confuso, bem como tomado por dores insuportáveis. Entretanto, não deve ser usada de modo desmedido, eis que privaria o indivíduo de vivenciar sua morte, além de impedir que os familiares convivam com o moribundo em seus derradeiros momentos (AGUARÓN, 2003, p.25-26).

A anestesia é de suma importância e muitos dos avanços experimentados pela arte médica não teriam sido levados a cabo não fosse esse procedimento (FERREIRA, S. H., 2001 p.05). Mas, é preciso ponderar que a anestesia geral não é um meio de *fugir* à realidade que se apresenta, não devendo ser utilizada como um meio para o entorpecimento na terminalidade, mas tão-somente

⁴⁰ Segundo Fields & Martin, qualquer dor, não somente as experimentadas na terminalidade da doença, quando intensa ou moderada, sempre é acompanhada de ansiedade e impulso de escapar ou terminar a sensação (FIELDS & MARTIN, op. cit., p.61).

⁴¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. *A Dor e o Controle do Sofrimento*, 1997.

⁴² O procedimento anestésico também pode ser feito de forma limitada a pequenas áreas ou regiões do corpo, contudo, não é sobre este tipo de procedimento que se está mencionando neste momento.

aplicada nos casos em que os sintomas álgicos e o desespero se apresentarem de forma desmedida e se mostrem incontroláveis por quaisquer outros meios.

3.3.6.1.2. Analgesia

Neste caso, o medicamento é ministrado para suprimir ou atenuar o quadro de dor experimentado pelo paciente, entretanto, sem a intenção de privá-lo de sua consciência. Os analgésicos atuam no sistema nervoso central a fim de reduzir a sensibilidade álgica. Eles podem ser classificados em periféricos, que interferem na formação e na transmissão do sinal doloroso, como é o caso da *aspirina*, ou os centrais, que interferem na modulação da dor, como é o caso da *morfina* (AGUARÓN, 2003, p.23).

É cada vez maior o entendimento de que não há dor que não possa ser paliada por meio de analgesia⁴³, mas a idéia de que o sintoma álgico é inerente ao quadro do moribundo, fruto da cultura grego-cristã que a relaciona com expiação das culpas,⁴⁴ faz com que, muitas vezes, ela não seja medicada de modo adequado. A analgesia mais eficaz é aquela que previne a dor. Obviamente, nem sempre é possível prevenir a dor aguda, contudo, é sempre possível evitar as fases agudas de uma dor crônica.

De acordo com Figueiredo (2003, p.19), é possível paliar cerca de 90% da dor enfrentada pelo enfermo, este também é o entendimento de Andrade Filho (2001, p.260), para quem é possível controlar os sintomas álgicos de 80% a 90%. Para Pedro Eugênio Ferreira (2001, p.51), a falha na resposta terapêutica ao tratamento da dor decorre de (a) não reconhecimento da etiologia da dor e, conseqüentemente, erro no diagnóstico e tratamento proposto ou (b) o não desenvolvimento de um contrato realístico entre o médico, o paciente e seu grupo familiar.

3.3.6.1.2.1. Terapia de Duplo Efeito

Não é somente a idéia de inerência do quadro álgico na terminalidade que faz com que o profissional não aja de modo a extinguir a dor. Muitas vezes,

⁴³ Bonica, citado por Barros, afirma que a dor crônica é a causa mais freqüente da piora da qualidade de vida dos enfermos. (BARROS, op. cit., p.53).

⁴⁴ A palavra inglesa para *dor* é *pain*, semanticamente, é uma "corruptela do temo em latim poena (pena, punição). Logo, a interpretação moral arcaica era de que a dor equivaleria à expressão de

acontece o temor em aplicar uma medicação analgésica no intuito de aliviar a dor e, de modo inesperado, ela conduzir o enfermo a óbito. É a chamada *terapia de duplo efeito*.

Os analgésicos podem causar reações adversas, tais como náusea, vômito, confusão e, em altas doses – indicadas para os casos de dor severa –, parada cardiorrespiratória. A despeito de o maior risco do duplo efeito acontecer com os analgésicos centrais, é também possível sua ocorrência com o uso dos periféricos, como é o caso, por exemplo, da *aspirina*.⁴⁵

A possibilidade de encurtar a vida em razão dos efeitos colaterais das técnicas ou medicamentos que devem ser administrados nos pacientes, especialmente nos casos de *opióides*,⁴⁶ tem sido um freqüente motivo para que os profissionais de saúde não os apliquem na dose recomendada, nem nos intervalos indicados para o alívio do sintoma álgico. Para Posso & Posso (2001, p.76), esta prática é uma grave ruptura da obrigação moral e ética de aliviar o sofrimento causado pela dor.

Assim, apesar do risco de morte pelo uso de fármacos analgésicos, é imperioso que eles sejam administrados. Isso porque, além de ser possível combater seu efeito com um *antagonista*⁴⁷ para a suspensão imediata do efeito do medicamento, a prática mostra que o uso deste tipo de fármaco traz mais benefício que malefício, possibilita ao moribundo vivenciar sua morte livre de dor (dignamente) e de um procedimento anestésico geral (que lhe retiraria a consciência).

Importante compreender, nesta questão, o ponto de vista apresentado pela Igreja Católica, famosa por vezes representar um pensamento retrógrado para as questões sociais. O Papa Pio XII, a respeito dos fármacos que poderiam vir levar ao óbito o paciente em decorrência de sua administração, afirmava que nada tinha a ver a atenuação das dores dos enfermos em fase de terminalidade e a possível ocorrência da morte com o procedimento eutanásico (LARREA, 1996, p.144-46). No mesmo sentido, era o entendimento do Papa João Paulo II que, além de concordar com a aplicação de medicamentos para o alívio da dor,

um castigo. Isto perdurou até nossos dias e aparece claramente quando dizemos que aquele paciente está penando uma dor horrível".(FERREIRA, P. E. M. S., op. cit., p.43)

⁴⁵ A aspirina é usada como antiplaquetário, a fim de proteger o fluxo vascular, mas é possível, ainda que raramente, uma hemorragia fatal. (JARAMILLO, Javier Gutiérrez. *Ortotanásia versus Eutanásia*, 2000, p.11).

⁴⁶ Os medicamentos opióides são conhecidos desde a antiguidade, quando os extratos de papoula, droga natural do oriente médio, eram utilizados para produzir euforia e analgesia, além de combater a diarreia. Em 1803, a morfina foi isolada e, em 1832, a codeína.(SPIEGEL, Peter. *Farmacoterapia com Analgésicos Opiáceos*. In:___*Dor: diagnóstico e tratamento*, 2001, p.247).

ainda que houvesse o risco de morte, viveu sua morte não em um hospital, mas devidamente paliado em sua residência (AGUARÓN, 2003, p.29).

A terapia com ocorrência de duplo efeito possui quatro características: (a) a de que a ação primária seja boa ou indiferente (o uso do remédio); (b) que a intenção esteja direcionada apenas para a obtenção do efeito esperado (alívio da dor); (c) que o efeito secundário (abreviação da vida) seja simplesmente tolerado como inevitável, mas nunca querido e (d) principalmente, que exista uma dor proporcionalmente grave, que justifique o risco de possível abreviação da vida (CARNEVALLI, 2003, p.174).

É certo, de acordo com Ortega Larrea (1996, p.160), que a licitude ou a ilicitude da questão dependerão da intenção que se persiga com a dosagem farmacológica: *“si se busca directamente abreviar la vida estamos antes um caso de eutanasia; si se busca aliviar el dolor y a la abreviación de la vida viene como um efecto indirecto y secundario, es lícito el uso de los analgésicos”*.⁴⁸

No direito penal brasileiro não há que se falar em cometimento de crime quando o efeito secundário, apesar de possível, não foi desejado ou assumido pelo profissional de saúde, pois o quadro álgico justificava a administração de fármacos analgésicos em altas doses.

Quanto à dependência química que os *opióides* podem causar, em se tratando de pacientes em processo de terminalidade, isto se torna irrelevante, uma vez que o benefício apresentado (alívio da dor) justificaria uma possível ocorrência (POSSO & POSSO, 2001, p.77).⁴⁹

3.3.6.2. Alívio do Sofrimento

Uma vez controlado o quadro álgico do paciente em processo de terminalidade, entram em cena os outros cuidadores, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos (psicanalista ou psicoterapeuta), fonoaudiólogos, nutricionistas, apoiador espiritual e por que não inserir os voluntários e os

⁴⁷ Com o sentido de antídoto, que corta o efeito do medicamento, mas, contudo, também permite que o quadro álgico retorne.

⁴⁸ “Se se busca diretamente abreviar a vida, estamos ante a um caso de eutanásia; se se busca aliviar a dor e a abreviação da vida vem como um efeito indireto e secundário, é lícito o uso dos analgésicos”; No mesmo sentido, BURT, Robert. *Los Riesgos del Suicidio com Ayuda Médica*, 1998, p.114.

⁴⁹ De acordo com Spiegel a dependência se inicia a partir do décimo dia de uso constante e diário e se manifesta pela abstinência ao parar abruptamente o tratamento. Contudo, afirma o autor, esta abstinência é diferente da apresentada pela dependência psíquica e procurada dos opiáceos, como drogas euforizantes. No caso do uso farmacológico, a abstinência é enfrentada retirando-se o medicamento aos poucos (SPIEGEL, op. cit. p.247).

familiares. De modo conjunto, toda a equipe buscará aliviar o sofrimento experimentado pelo enfermo. Pois, se não resta dúvida de que cuidados paliativos são uma especialidade médica, ela não se perfaz sem uma equipe multiprofissional capaz de compreender a morte e o morrer.

Assim, o papel do fisioterapeuta é de suma importância, a fim de garantir ao paciente em processo de terminalidade a maior autonomia possível, oferecendo orientação para movimentação de membros com a conseqüente manutenção da força muscular e mobilidade articular; higienização brônquica e exercícios respiratórios; minimização das limitações e treinamento das habilidades remanescentes, bem como orientação aos familiares acerca dos cuidados a serem dispensados ao enfermo, a fim de proporcionar-lhe um maior alívio para os desconfortos (DALL'ANESE, 2006, p.79-85; JÚNIOR & REIS, 2007, p.17-28).

Ao assistente social cabe o papel de facilitador do diálogo entre a equipe e os familiares. As antigas atribuições dos assistentes sociais de orientar a alta ao paciente e seus familiares, solicitar remoção de um estabelecimento hospitalar a outro, e a participação na comunicação do óbito, segundo Fracis Sodré (2005, P.111-120), abriram espaço para uma atitude mais voltada para o fornecimento de qualidade de vida, tanto para os familiares quanto para o moribundo. Nesse sentido, caso o paciente receba a chamada *alta social*,⁵⁰ é do assistente social a ação de orientar e responsabilizar a família na condução do enfermo; oferecer apoio aos familiares, com o fito de amenizar o sofrimento, os conflitos e os problemas advindo de um possível óbito; instruir sobre os direitos sociais a que os familiares têm direito em caso de morte do enfermo, dentre outros. Não se tratam de funções puramente burocráticas, mas, acima de tudo, humanitárias.

Ao profissional de saúde mental resta o difícil papel de conduzir o enfermo nas agonias da terminalidade da doença: ouvir suas angústias; oferecer algum conforto; procurar compreender as razões pelas quais o enfermo deseja ser tratado de dada forma na terminalidade; auxiliá-lo para que os assuntos pendentes sejam resolvidos, pois não se morre em paz tendo questões a resolver; oferecer suporte para que haja uma resignificação no entendimento da morte e do morrer, oportunizando-lhe a compreensão de que todo o amadurecimento que experimentou durante a vida foi, na verdade, mortes do próprio *eu* (BIFULCO, 2004, p.02).

⁵⁰ É a alta não mais em virtude da melhora do quadro do paciente, mas exatamente o contrário. Sendo possível que o enfermo morra junto de seus familiares, é indicado que ele retorne ao lar,

Ao saber-se portador de uma doença incurável e de prognóstico fatal, o enfermo, de acordo com Kübler-Ross, experimenta cinco fases:

O primeiro era o choque e a negação, depois vinham a raiva e o rancor e, finalmente, a mágoa e a dor. Mais tarde, negociavam com Deus. Depois, ficavam deprimidos, perguntando: 'Por que eu?' E, por fim, retraíam-se por algum tempo, afastando-se dos outros enquanto buscavam alcançar um estado de paz e aceitação e não de resignação, que ocorre quando não se tem com quem partilhar as lágrimas e raiva (1988, p.180).

Assim, de acordo com Kübler-Ross (1988, p.181), na falta de alguém que compreenda e busque juntamente com o enfermo o entendimento da situação, ao contrário de conseguir alcançar a última fase – da aceitação – ele a viverá como se tivesse sido *condenado* à morte. Este papel sublime de resignificação é dado ao profissional que cuida da saúde mental dos moribundos.

A explanação de funções de alguns dos profissionais da equipe multidisciplinar já é suficiente para demonstrar que, importante nos cuidados paliativos não são somente o médico e o enfermeiro (FIGUEIREDO, 2003, p.17-22), sabedores da técnica, mas, e principalmente, a do médico e enfermeiro cômicos de sua *fragilidade*, dotados de uma perspectiva humanista e sempre em diálogo freqüente com toda a equipe que, de modo conjunto, garantem a dignidade no processo de morte, com respeito à vida e à autonomia do enfermo fora de possibilidade terapêutica.⁵¹

A guisa de conclusão, é possível afirmar que a analgesia e a anestesia – em casos extremos – e os cuidados paliativos como um todo oferecem ao moribundo consolo moral, espiritual, companhia e calor humano, meios que, segundo Larrea Ortega (1996, p.155), enaltecem a dignidade da morte em um ser humano que, ainda que esteja em via de extinção, conserva a mesma dignidade que sempre o acompanhou durante a existência.

onde terá, além dos entes queridos, seus objetos, suas lembranças mais vívidas e, conseqüentemente, uma morte com menos fria e impessoal da oferecida no ambiente hospitalar.

⁵¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. O juramento do Paliativista é uma sintética e rara exposição sobre esta verdadeira arte: "*Juro por todos os meus ancestrais; Pelas forças da natureza e; Por todos os dons e riquezas desta vida; Que em todos os meus atos preservarei e respeitarei a; Vida do meu paciente. / Sentarei ao seu lado e escutarei; suas queixas; Suas histórias e seus anseios. / Cuidarei, reunindo todos os recursos de uma equipe multiprofissional, ; para que ele se sinta da melhor forma possível, importando-me sempre de tratar; O que o incomoda, usando somente os recursos necessários e imprescindíveis para esta tarefa; Estarei do seu lado e não o abandonarei até o seu último instante; / Farei silenciosamente a nossa; despedida, desejando-lhe amor e; sorte no local de sua nova morada; / Zelarei pelo seu corpo e consolarei; sua família e pessoas queridas; imediatamente após sua partida; permitindo-lhe que vá com segurança; e tranquilidade; / Por fim, falarei de amor e com amor; E aprenderei, com cada um deles, a amar cada vez mais; Incondicionalmente* (MACIEL, Maria Goretti Sales. *Morte no Domicílio*, 2004, p.03).

3.3.7. Possibilidades de Tratamento e Terminalidade da Doença

Em cuidados paliativos, é possível pensar em três formas para o enfrentamento da terminalidade de uma doença, sendo certo não se tratar de situações antagônicas nem perpetuamente fixadas.

Assim, é viável que um enfermo permaneça hospitalizado somente até que a estabilização do quadro seja alcançada, para, depois ser amparado por seus familiares e por uma equipe multidisciplinar em sua própria residência. É também possível que deseje se internar por um período em centros especializados para o enfrentamento da morte.

Cada uma dessas opções será objeto de análise neste tópico, a fim de que o entendimento do conceito de cuidados paliativos seja, de uma vez por todas, compreendido.

3.3.7.1. Internação Hospitalar

Desde seu surgimento, o hospital tem por finalidade oferecer ao enfermo cuidados técnicos e humanísticos, no qual todos que por ali transitam tanto têm a receber quanto a doar. Geralmente, é o primeiro lugar em que o enfermo portador de uma doença incurável se apresenta.

Não serão, aqui, feitas críticas ao sistema de saúde, bem como às suas falhas humanísticas – o que mereceu comentário a este respeito já foi feito em momento oportuno. Se, desde sua concepção o hospital foi criado para acolher tanto o enfermo quanto seus familiares, o excesso de *tecnificação* e *burocratização* acabaram por influenciar sensivelmente este objetivo primário. Segundo Giacomini (2005, p.537), nas sociedades ocidentais industrializadas, 80% das pessoas que morrem têm mais de 65 anos e o óbito acontece, 70% das vezes, dentro de um hospital. Diante desse quadro, a inserção de cuidados paliativos nestas instituições seria imperiosa, o que, todavia, não se apresenta na realidade médica brasileira.

As unidades de terapia intensiva (UTIs) nasceram para dar um suporte às cirurgias complexas, nas quais era necessário manter níveis ótimos das funções vitais. Contudo, com o decorrer do tempo, acabaram por se tornar um local para o qual todos os enfermos são levados após apresentarem piora considerável no quadro da doença – qualquer doença – e precisem de manutenção das funções vitais (AGUARÓN, 2003, p.26).

Dessa forma, as UTIs, atualmente, se transformaram em um local de espera da morte. Mesmo quando o quadro do enfermo se mostra irreversível e a morte é esperada, ele é separado de seus familiares e conduzido ao ambiente hospitalar mais frio e destituído de caráter humano. Lugares nos quais a alta tecnologia se mistura à falta de cores e ao silêncio quase ensurdecador, interrompido apenas quando o paciente da cama ao lado inicia o momento de morte que, não raras vezes, é impedido de ocorrer pela pronta equipe profissional (PIMENTA, 2007, informação verbal).⁵² Acontece, assim, um desvirtuamento da função das UTIs, fazendo delas o que Pessini (1996, p.42) denominou de *catedral do sofrimento humano*.

Obviamente, é possível morrer com dignidade em um leito hospitalar, mas isso depende muito mais da atuação positiva dos familiares (no sentido de acolher ao moribundo) e do modo de agir (voltado para o cuidado) dos profissionais envolvidos, do que, propriamente, do nível de tecnologia à disposição do enfermo. Nas palavras de Baldessin (2005, p.57): *“mesmo nos melhores hospitais as pessoas morrem. A única diferença é que, nestes hospitais sofisticados, os pacientes morrem bem equipados e muitas vezes mal informados”*.

3.3.7.2. Hospices

Uma experiência recente na prática médica atual – ainda pouco difundida – são os hospitais que prestam atendimento voltado aos cuidados paliativos, chamados de *Hospices*. O primeiro deles de que se tem notícia é o *St. Christopher's*, concebido por Cicely Saunders, na Inglaterra. Mas, segundo Aguarón (2003, p.89) em 1846, é possível visualizar um precedente dos modernos *Hospices*, em Dublin, criado por irmãs de caridade e dedicado ao cuidado de enfermos em terminalidade.

Nos EUA, foi em 1974 o surgimento do primeiro estabelecimento deste tipo, em Connecticut. Atualmente, existem cerca de 2.000 *Hospices* naquele país, atendendo a cerca de 250 mil pacientes por mês. No Brasil, o atendimento ao paciente em terminalidade é feito, com raríssimas exceções, em um hospital geral, no qual ainda impera o paradigma da cura e os pacientes fora de

⁵² Estima-se que haja pelo menos um paciente em processo de terminalidade em cada uma das 1.440 unidades de terapia intensiva do país (PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa. Aula expositiva do curso de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 2007.

possibilidade terapêutica correm o risco de ficar entregues à própria sorte, após já ter sido tentado todo o tipo de terapêutica, contudo, sem sucesso.

A nomenclatura usada pela doutrina brasileira é idêntica a da língua inglesa, muito provavelmente em função da conotação pejorativa que a tradução do termo poderia ocasionar. No país, hospícios eram locais nos quais os doentes mentais eram internados para receberem medicação sedante e alienante. Na Colômbia, o termo foi traduzido como *Lugar de Retiro* (JARAMILLO, 2000, p.08).

O conceito de *Hospice*, em cuidados paliativos, é um pouco diverso. *Hospices* eram locais nos quais, durante a Idade Média, os viajantes e os peregrinos feridos ou doentes podiam encontrar descanso e conforto.⁵³ Atualmente, é sinônimo de estruturas com cobertura sanitária, dedicadas ao cuidado dos enfermos em processo de terminalidade, com atenção ao cuidado global (AGUARÓN, 2003, p.88), onde a medicina deixa de ser curativa para se voltar para a palição, visando oferecer a maior dignidade possível ao processo de terminalidade da doença, em um ambiente de pouca medicalização e humanitário.

Em regra, os pacientes não deveriam passar mais que cinco ou sete dias internados, no intuito exclusivo de obterem a estabilização do quadro, para voltarem para sua residência. Todavia, não raro, permanecem nestes locais até seu derradeiro fim. Echeverri & Camargo (*Apud*, ANDRADE FILHO, 2001, p.206) afirmam que mais do que um local para recebimento de enfermos fora de possibilidade terapêutica, *Hospice* é um movimento de valorização da vida, em todos os seus aspectos, onde o doente e a doença recebem cuidados e a morte não é vista com estranheza.

De acordo com um censo realizado, no ano de 1994, nos EUA, dos 2,2 milhões de mortos, 555 mil foram considerados elegíveis para este tipo de programa. Muito embora o atendimento nos *Hospices* seja altamente influenciado pelo governo norte-americano, muitos pacientes ainda têm seu óbito atestado em leitos hospitalares, devido à relutância em aceitar que o processo de morte já se encontra instalado, tanto por parte dos médicos quanto dos pacientes e seus familiares.

Importante salientar que, tendo em vista que esses locais são dedicados ao oferecimento de uma morte digna, uma vez que para ali o paciente é conduzido, ele tomará consciência imediata de sua real situação e, portanto, um longo diálogo prévio deve anteceder a internação. Talvez também por isso os

⁵³ HOSPICE. “*The Hospice Concept*”.

Hospices sejam vistos com tanta cautela, pois obrigaria os familiares a desnudar a morte para o seu enfermo.

Não são poucas as críticas que os locais destinados ao enfrentamento da terminalidade recebem, com vozes se levantando no sentido de que seria mais uma forma de *asepsia* da morte. Todavia a idéia não é internar o moribundo em um *Hospice* e deixá-lo ali a fim de que viva seu derradeiro fim longe dos olhos da sociedade. Os *Hospices* funcionam como um local de apoio ao moribundo e seus familiares e, tão logo o quadro crítico tenha sido estabilizado, é recomendável que o enfermo retorne ao lar.

O que diferencia um *Hospice* de um hospital geral é a preparação dos profissionais que ali se encontram para lidar com a terminalidade. Nesse sentido, ele não é criticável, ao contrário, sua idéia deve ser trazida a todos os que cuidam da saúde humana. Seja em um hospital geral, seja em casa ou em um *Hospice*, o que deve ser buscado é o enfrentamento da enfermidade sem sua negação extremada.

3.3.7.3. Assistência Domiciliar

Outra forma de tratamento para o enfermo fora de possibilidade terapêutica é a assistência domiciliar ou a hospitalização em domicílio, ou, ainda, como é mais conhecido nos EUA, *Home Care*. É o tipo de cuidado em que os familiares são profundamente envolvidos no processo de terminalidade – no sentido de se tornarem cuidadores – e que proporciona ao enfermo viver os últimos momentos de sua existência na companhia de seus entes queridos, objetos e recordações que dotaram sua vida de significado (MACIEL, 2004, p.02).

As vantagens do tratamento domiciliar vão desde uma maior humanização no processo, com diminuição no tempo e freqüência das internações, bem como uma maior interação entre a equipe médica e os familiares, possibilitando, dessa forma, um manejo mais específico para o tratamento do paciente (NAKANO, 2003, p.692).

Das três formas possíveis de tratamento na terminalidade, talvez seja a esta a mais desejada, ⁵⁴ mas, ao mesmo tempo, também a mais difícil de ser alcançada, não só pela insuficiência de recurso dos sistemas públicos de saúde

(especialmente de países em desenvolvimento), como também pela necessidade de um autêntico cuidador - cada vez mais difícil na vida moderna.

Um cuidador, nas palavras de Husemann (2005, p.40-41), é aquele que possui percepção interna, no sentido de compreender não somente aquilo que o enfermo pronuncia, mas, principalmente, aquilo que deixa entrever; que busca aprofundar-se não somente em suas dores, mas deseja alcançar-lhe o sofrimento da terminalidade. Freud já havia assinalado que o enfermo que se encontra doente vai perdendo o interesse pelo mundo externo e se volta para o seu ser simbólico (*Apud*, NOTO, 2001, p.1310), e é neste mundo que o cuidador deve tentar penetrar.

A chamada *boa morte* deve sempre representar um esforço coletivo, na qual o moribundo é protagonista e os acompanhantes, especialistas em bem morrer, solidários expectadores, não devendo nunca ser vivida em solidão (REIS, 1991, p.100). Decidir pela internação em domicílio é um ato de comprometimento intenso dos familiares para com o enfermo em processo de terminalidade. Em decorrência disso, poucos são os que se dispõem a cuidar do moribundo em sua residência, tendo em vista que é bem mais fácil deixar que a morte aconteça nos hospitais – a assepsia da morte já antevista por Ariès (2003), Py e Trein (2006), citada na primeira parte deste trabalho.

Na assistência domiciliar, o enfermo teria à sua disposição todos os membros da equipe multidisciplinar, bem como, assim como oferecido pelo *St. Christopher's Hospice*, uma vaga à sua espera, em caso de necessidade. O paciente receberia da equipe todo o apoio no sentido de tratamento da dor e o alívio do sofrimento em sua residência e garantia de suas estadias provisórias no hospital – em caso de urgência⁵⁵ - a fim de proporcionar-lhe uma maior sensação de proteção, deixando de temer pela falta de vaga nos leitos – como urge acontecer nos países em desenvolvimento.

3.3.7.4. Apontamentos

No Brasil, até o momento, não existe nenhum hospital dedicado exclusivamente ao atendimento de enfermos em fase de terminalidade da

⁵⁴ Em estudo realizado no Reino Unido verificou-se que 58% dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas entrevistados elegeram o domicílio como o local mais adequado para o recebimento dos Cuidados paliativos (MACIEL, op. cit., p.03.)

⁵⁵ São as urgências mais comuns em medicina paliativa: paranóia aguda, hemorragia volumosa, obstrução da veia cava superior, compressão medular, retenção urinária, angústia terminal,

doença. Contudo, em algumas instituições hospitalares foram criadas alas específicas para este tipo de tratamento.⁵⁶

Um levantamento feito pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, no ano de 2000, apontou que 42% dos pacientes que se encontravam recebendo assistência domiciliar por aquela instituição necessitavam de cuidados paliativos. Já no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, nos primeiros quatro anos do programa de atendimento domiciliar, iniciado em agosto de 2000, dos 499 óbitos ocorridos, 101 (20%) aconteceram na residência do enfermo (MACIEL, 2004, p.01).

Diverso do que possa parecer, a idéia de cuidados paliativos não desonera o sistema público de saúde. Ao contrário, é possível que haja um aumento nos gastos, pois, ao inserir o sujeito no processo de sua morte, dando-lhe tratamento global, é também exigida a inserção de outros profissionais, eis que a atitude se volta para o bem-estar global e não apenas para a manutenção da vida biológica pura e simplesmente. Nesse sentido, a idéia de cuidados paliativos, além de ‘desconhecida’ por aqueles profissionais que fizeram o juramento de garantir a vida e lutar contra a morte, nem sempre se mostra viável do ponto de vista financeiro (BURT, 1998, p.115).⁵⁷

O argumento de que a idéia de cuidados paliativos é um modo de deixar que o enfermo morra abandonado à sua própria sorte é de tudo inverídico. Isso porque paliar é dar tratamento integral ao sujeito, e não apenas tratar de sua parte biológica. É respeitar sua individualidade e seus desejos, oferecendo um tratamento digno e, ao mesmo tempo, preservando a vida que ainda lhe resta para viver.

Compreendidos o conceito de morte e as questões a ele subjacentes e o de cuidados paliativos, a pesquisa agora caminhará para o completo desenvolvimento do tema. Entretanto, não seria frutífero e didático ingressar diretamente na ortotanásia; antes, é imperioso que situações nada assemelhadas, mas diversas vezes confundidas, sejam esclarecidas. Assim, entender os limites entre eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia é

hipercalcemia, ansiedade familiar, aumento da pressão intracraniana, dispnéia e fratura patológica (PIMENTA, op. cit., informação verbal.)

⁵⁶ Dentre elas é possível citar: Hospital Amaral Carvalho, em Jaú, SP; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, RS; Cepon, em Florianópolis, SC; Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro; Hospital Pérola Byngton, em São Paulo; Hospital da Unesp, em Botucatu (ANDRADE FILHO, Antônio Carlos de Camargo. Câncer Avançado e Medicina Paliativa. In: ___ *Dor: diagnóstico e tratamento*, 2001, p.263).

⁵⁷ Só em medicamentos é estimado que um paciente em cuidados paliativos nos EUA gaste cerca de U\$ 2.504,00 (KATZ, Ingrid T; WRIGHT, Alexi A. *Letting Go of Rope – Aggressive Treatment*

de fundamental importância a fim de que os equívocos recorrentes acerca do tema não se perpetuem.

4 Maneiras de Lidar com a Vida na Terminalidade

4.1.

Eutanásia

A pessoa é uma individualidade biológica, um ser de relações psicossociais, um indivíduo para os juristas. Contudo, ela transcende essas definições analíticas. Ela aparece como um valor (BERNARD, Apud SILVA, J. A., p.39).

O mais monstruoso dos monstros é o monstro com sentimentos nobres: sei isso por experiência própria (DOSTOIÉVSKI, 2007c, p.187).

4.1.1. Breve Histórico

Ainda que na atualidade se mostre mais freqüente, a prática da eutanásia¹ não é novidade e nem mesmo uma demanda do mundo moderno. O termo tem significado etimológico de *boa morte*, *morte feliz* ou *morte piedosa*. Ou seja, uma morte destituída de sofrimento. Segundo Aguarón (2003, p.44), esta é a aspiração de todo ser humano: ter uma morte *suave* - se é que tal aspiração se mostra possível no mundo fático.

Junges (2006, p.302) informa que a palavra foi usada pela primeira vez por *Suetônio*, na obra *A vida dos Doze Césares* (século II, d.C), quando narra a morte suave do Imperador Augusto, expressando a idéia de que se pode ser autor da morte, assim como se é da vida.

Na *República* de Platão (2002, p.76) não deveriam ser criadas as crianças cujas qualidades biológicas não fossem consideradas ótimas, assim como não era recomendado que os médicos tentassem curar os enfermos, eis que o prolongamento da vida só faria que com que esta se tornasse mais penosa para o sujeito. De acordo com Carnevalli (2003, p.14), no primeiro caso, não é possível visualizar um caso de eutanásia, pois o sentido etimológico não permitira tal inserção. Em relação aos enfermos incuráveis, é preciso questionar

¹ A presente análise usará o termo situado apenas no horizonte hospitalar. Assim, quando se referir à eutanásia, não estarão inseridas questões como *eutanásia social*, *eutanásia eugênica*, *eutanásia econômica*, dentre outros, que avançam para uma dimensão bem maior do que aqui se pretende. Quando se referirem aos conceitos acima descritos, isto será frisado.

se a recomendação era dirigida a todo e qualquer enfermo ou somente àqueles em que o procedimento só viria a prolongar o processo de morte.

Platão, afirma Carnevalli (2003, p.14-15), em se tratando da proteção e organização do Estado, pode ser considerado um filósofo extremamente totalitário. Seus conselhos sobre o que deveria ser feito com as crianças desprovidas de vitalidade plena e com os idosos enfermos são muito mais dirigidos à organização estatal do que propriamente ligados a uma idéia de legalização de um direito à eutanásia ou ao suicídio clinicamente assistido.

Na *Utopia*, Thomas More (2003, p.79 e 103) se refere à possibilidade de os habitantes da ilha receberem auxílio no derradeiro momento, caso estivessem acometidos por dores insuportáveis de uma doença incurável, desde que com autorização dos senadores e sacerdotes. A morte não deveria ser temida pelos utopianos, uma vez que revelaria uma alma sem esperança e uma consciência pesada em relação à existência.

No ocidente, foi Francis Bacon (1980, p.260), em seu livro *Do Progresso e da Promoção dos Saberes*, escrito em 1605, o grande responsável pela introdução da palavra *eutanásia*, no sentido de *boa morte*. Em sua obra *Novum Organum*, escrita em 1620, afirma que *'la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no solo em cuanto esta mitigación pode conducir a la curación, sino también si puede procurar uma muerte tranquila e fácil'*.²

Acerca da difundida idéia de que tenha sido Bacon o precursor da eutanásia, seus escritos não confirmam tal constatação, uma vez que mais parecem se dirigir à concepção de cuidados paliativos do que propriamente a uma abreviação da vida do moribundo (CARNEVALLI, 2003, p.17; BORGES, 2005, p.04).

Foi somente a partir do século XIX que o termo começou a ser empregado no sentido de *procurar a morte com doçura*. E é exatamente nesse sentido que o termo é usado atualmente. Conforme já demonstrado nos capítulos precedentes, esta troca de significado aconteceu justamente quando a morte passou a ser vista como um evento antinatural. Sua assepsia não mais permite a experiência de vivenciar as dores e o sofrimento da terminalidade, tanto pelos moribundos quanto pelos familiares. Então, se ela não chega suave, deve ser procurada.

² "A função do médico é restabelecer a saúde e mitigar o sofrimento e as dores, não somente enquanto esta mitigação pode conduzir à cura, senão também se pode procurar uma morte tranquila e fácil".

Interessante histórico trazido por Asúa (2003, p.21) relata que o primeiro caso de prática de eutanásia da modernidade é de Juan Zinowsky, namorado da atriz Stanislawa Uminska. Ambos eram polacos, mas residiam em Paris. Após inúmeros pedidos para que sua namorada colocasse termo na agonia trazida pelas doenças (*cancro e tuberculose*), em 15 de junho de 1924, a jovem Stanislawa atirou em Juan, com o revólver que ele mesmo não tivera coragem de usar. O tribunal francês considerou que a jovem havia praticado um homicídio caridoso, após insistentes pedidos da vítima, e a absolveu.

Hodiernamente com o (a) advento das inovações tecnológicas para a cura dos enfermos e seu indevido uso para aqueles que já se mostravam em processo de morte, o (b) excessivo paternalismo médico, no qual as opções do paciente eram irrelevantes para a condução do tratamento, bem como (c) a negação extremada da finitude, que fizeram com que o clamor pelo procedimento eutanásico fosse aumentado, principalmente na última metade do século XX. O primeiro país a ser palco das discussões foi a Holanda, a partir da década de 1970, sendo seguido por boa parte da Europa e pela América do Norte, o que acabou por culminar na despenalização da prática em alguns locais, como será demonstrado.

4.1.2. Conceito de Eutanásia na Atualidade

Binding e Hoche (*Apud*, ASÚA, 2003, p.45), o primeiro jurista e o segundo médico, no livro *A Autorização para Exterminar Vidas Sem Valor Vital*, escrito em 1920, entendiam eutanásia como sendo a abreviação da vida de pessoas sem valor vital, como os doentes em terminalidade, os idiotas e dementes e os que sofreram perda irreversível, que os levaria, irremediavelmente, a um estado de ânimo miserável. Entretanto, a concepção de eutanásia destes autores não se coaduna com o atual conceito, uma vez que muito mais ligado à noção de eugenia do que propriamente de eutanásia.

Deixando de lado o problema da eliminação indolor de indivíduos pertencentes a grupos considerados socialmente inúteis, tal como proposto pelos autores acima, e concentrando-se apenas nos pacientes que sofrem uma moléstia dolorosa e sofrida e de prognóstico ruim, buscar-se-á, neste momento, conceituar o que pode ser compreendido atualmente como eutanásia.

Para se firmar um conceito atual sobre o tema é preciso encontrar o que faz com que uma conduta seja considerada eutanásia (homicídio privilegiado no

ordenamento brasileiro) e não um homicídio simples ou, até mesmo, qualificado. Um dos primeiros requisitos para se pensar em eutanásia seria a intenção sujeito ativo³ em abreviar a vida do enfermo ou em acelerar seu processo de morte (AGUARÓN, 2003, p.44).

Outros elementos específicos para a constatação de ocorrência de eutanásia são: (a) a morte deve acontecer sem dor ou sofrimento para o enfermo ou, quando muito, com dor ou sofrimento rápido; (b) o fim pretendido com o procedimento deve ser exclusivamente o de pôr fim à dor e ao sofrimento experimentado pelo enfermo e (c) a realização do procedimento deve ter sido solicitada pelo enfermo ou por familiares capazes de demonstrar que este teria sido o desejo do paciente caso estivesse consciente.

Assim, para Carnevalli (2003, p.23), o conceito de eutanásia é o de uma ação ou omissão, com o objetivo de causar a morte em um ser humano, com o objetivo de pôr fim ao seu sofrimento, sempre a pedido deste ou de seus familiares, tendo em vista que a vida que levam não se encontra dotada de nenhuma qualidade.

Não é objeto específico da pesquisa a argumentação contrária ou favorável ao procedimento eutanásico, a despeito da compreensão preliminar de sua impossibilidade, uma vez que isso envolve questões problemáticas e de difícil solução. Não obstante, algumas situações subjacentes ao tema merecerão abordagem, uma vez que diretamente relacionadas ao objetivo aqui proposto e, não raras vezes, com ele confundido.

4.1.3. Classificações do Procedimento Eutanásico

Há duas formas de causar a morte do paciente na eutanásia: ou se fornece o auxílio material e efetivo para abreviação da vida ou se abstém de procedimentos ordinários que visem o prolongamento desta, mas não a cura da doença. O primeiro é chamado de eutanásia ativa e o segundo, eutanásia passiva.

Em momento oportuno será feita a diferenciação entre eutanásia passiva e ortotanásia. Aqui é preciso apenas frisar que nem toda omissão terapêutica deve ser considerada eutanásia, uma vez que pode tratar-se de uma renúncia

³ O sujeito ativo da eutanásia pode ser qualquer pessoa, muito embora os médicos sejam os mais recorrentes.

legítima, a fim de evitar um prolongamento do processo de morte já iniciado (AGUARÓN, 2003, p.45; BORGES, 2007, p.236; VILLAS-BÔAS, 2005, p.80).

Levando em consideração a vontade do paciente, a eutanásia pode ser dividida em: (a) voluntária, quando o enfermo a solicita ou dá o consentimento para que alguém o faça em caso de sua impossibilidade de decidir; (b) involuntária, quando o procedimento é aplicado contra o desejo do moribundo, ou quando sua discordância pode ser presumida e (c) não voluntária, quando não tiver havido qualquer manifestação anterior por parte do enfermo e sua vontade não puder ser presumida (BATISTA & SCHRAMM, [2001], p.02).

Inserida, por vezes, na segunda ou na terceira possibilidade acima descritas, encontra-se o que Aguarón (2003, p.49) chama de *cripto-eutanásia*. Para o autor, são os procedimentos eutanásicos nos quais quem comete é o único a saber de sua ocorrência; geralmente, acontecem em países em que não há legislação sobre o assunto. Assevera que não há como levantar dados estatísticos sobre o assunto, uma vez que acontece às escondidas.⁴

Outra classificação possível é a que leva em consideração o resultado da intervenção do sujeito ativo, que tanto pode configurar suicídio, homicídio ou suicídio-homicídio. No primeiro caso, o enfermo age de forma solitária a fim de pôr fim a sua vida em decorrência do sofrimento que a patologia lhe representa. Quando o procedimento é aplicado sem o consentimento do enfermo, seu resultado final será o de um homicídio. O suicídio-homicídio (homicídio piedoso) ocorre quando a eutanásia é praticada por uma terceira pessoa, porém, a pedido do enfermo (CARNEVALLI, 2003, p.23).

4.1.4.

Possibilidades Legislativas para o Tratamento do Tema

Cada país dá um tratamento diverso à prática da eutanásia, sendo certo que, na maioria dos países ocidentais, ela ainda é vista com receio e são poucas as legislações que contemplam sua disciplina.

A primeira forma de se tratar a eutanásia é a penalização da sua prática, com efetiva persecução criminal para os praticantes do injusto penal.

Outra maneira de tratar o tema é sua prática ser tolerada, não obstante a conduta ser prevista como crime pelo ordenamento jurídico. Dada a confusão ou

⁴ Para Villas-Bôas, este procedimento não pode ser considerado eutanásico, uma vez que, se ela ocorrer contra a vontade do doente, não há como inseri-la no conceito de eutanásia, sendo um homicídio simples ou qualificado, a depender do caso concreto. (VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. *Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial*, 2005, p.83)

a dubiedade dos termos da lei que disciplina o assunto, o sujeito que pratica a eutanásia acaba se vendo livre de um processo criminal. Além disso, a própria sociedade, a despeito de saber que ela é praticada às escondidas, pouco faz para que o panorama seja modificado, como acontecia na Holanda, antes da disciplina do assunto.

Outra possibilidade é a de que a eutanásia seja despenalizada. Aqui também o procedimento continua sendo disciplinado como crime, contudo, uma vez preenchidos os requisitos constantes em lei específica, na qual se encontram prescritas as circunstâncias e as condições para sua possibilidade, o sujeito ativo não responderá pela ocorrência de crime. É o que ocorre na Holanda atualmente.

Por fim, é possível que a eutanásia seja legalizada. Desse modo, não há lei vedando a conduta, mas, ainda assim, é preciso que determinados procedimentos sejam seguidos, a fim de que ela não seja considerada homicídio. É o que ocorreu na Austrália, onde o Parlamento do Norte aprovou uma lei que considerava a eutanásia como um direito do cidadão.⁵

4.1.5. Eutanásia no Direito Comparado

Conforme dito em momento oportuno, cada cultura elabora sua idéia da morte e do processo de morrer de modo diverso: tanto pode haver uma aceitação de sua ocorrência (principalmente, nas ditas mais atrasadas) ou, o contrário, uma completa negação da condição de frágil, em que a morte é vista mais como castigo do que propriamente como uma ocorrência da vida (principalmente, nas sociedades modernas industrializadas).

O primeiro país a despenalizar a prática da eutanásia foi o Uruguai (e não a Holanda, como é comumente admitido). Em agosto de 1934, no Código Penal Uruguaio (ainda em vigor), já havia sua disciplina, no artigo 37, assim redigido: *“los juices tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio piadoso, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”*.⁶

⁵ Insta salientar que esta lei foi revogada, tendo em vista que a Corte Maior entendeu que não era possível ao Território do Norte disciplinar tal assunto. Este tema será objeto de uma melhor exposição no próximo tópico.

⁶ URUGUAI. Lei Nº. 9.414, de 29 de junho de 1934. Código Penal Uruguaio. 1934. “Os juizes têm a facultade de exonerar de castigo o sujeito de antecedentes honoráveis, autor de um homicídio piedoso, efetuado por motivo de piedade, mediante súplicas reiteradas da vítima”.

Não se trata de uma aceitação incondicional da prática da eutanásia, mas da possibilidade do procedimento não ser penalizado, desde que cumpridos certos requisitos legais. Nesse sentido, (a) o sujeito ativo deve ter antecedentes honoráveis, mas não precisa ser necessariamente médico; (b) o sujeito passivo deve ter uma situação de padecimento objetiva; (c) deve haver súplicas reiteradas por parte deste para que lhe seja abreviada a vida e d) a motivação na conduta do sujeito ativo deve ser puramente a de aliviar a vítima da dor e do sofrimento (piedade).

Saliente-se que, a despeito da possibilidade de o juiz deixar de penalizar a eutanásia, no Uruguai, qualquer auxílio ao suicídio é caracterizado como delito, sem possibilidade de não aplicação de pena (GOLDIM, 1997, p.01).

Almada *et al* (1999, p.47) afirmam que, apesar de estar em vigor desde o ano de 1934, ou seja, há mais de setenta anos, não existe, na jurisprudência daquele país, nenhuma sentença em que se tenha feito uso do artigo 37 do código penal. Talvez por esta razão, no histórico sobre o desenrolar da eutanásia no mundo, quase nunca o Uruguai seja mencionado.

A Holanda foi o primeiro país a servir como palco para as questões relativas ao procedimento eutanásico que surgiram após a década de 1970. Ali, o surgimento dos debates se deu, principalmente, em virtude de um forte sentimento *antimédico* experimentado por aquela sociedade.

A desconfiança com que o médico é visto na Holanda (DWORKIN, 2003, p.269) ⁷ faz com que a população tenha medo de se hospitalizar e ficar à mercê dos profissionais de saúde. Segundo entende a maioria dos holandeses, o médico tem um poder muito grande (não advindo do voto popular); além disso, reclamam da falta de sentimento comunitário, bem como da não compreensão das reais necessidades dos indivíduos enfermos, por parte dos médicos, o que faz com que o rechaço a estes profissionais cresça de forma considerável, alimentado, principalmente, pelos meios de comunicação (LARREA, 1996, p.21).

⁷ Um estudo feito na Holanda, em 1991, sobre a eutanásia, em que somente médicos foram entrevistados (*Informe Remmelink*), aponta que, anualmente, havia 2.300 casos de eutanásia a pedido; 400 casos de auxílio ao suicídio e 1.000 casos em que a eutanásia aconteceu sem a solicitação do paciente. Foram registrados 5.800 casos em que o tratamento ordinário foi suspenso a pedido do enfermo e 25.000 casos em que a omissão terapêutica aconteceu independente da vontade do paciente, sendo 8.750 foi com o intuito de abreviar a vida; dos 22.500 casos de sobredose de *morfina*, 8.700 foram intencionais. Cinquenta e um por cento dos médicos holandeses consideravam a prática de eutanásia involuntária ou não-voluntária, como uma opção digna de ser levada em consideração na terminalidade de uma doença e 41% dos médicos entrevistados afirmaram que já haviam procedido dessa forma. (ASSOCIACIÓ CATALANA D'STUDIES BIOETICS SOBRE LA EUTANÀSIA. Fernigsen, R. *The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia*, 1991, p.339-44).

Contundente estudo sobre a eutanásia na Holanda, feito por Larrea Ortega (1996, p.198-205), demonstra que, antes de sua disciplina jurídica, existia, naquele país, uma prática ampla e numerosa do procedimento, sobre a qual o judiciário mantinha um controle mínimo. Assim, a positivação da eutanásia naquele país resultou muito mais de uma adequação legislativa à realidade social do que propriamente da constatação de um direito à morte.

Para o autor, o legislador holandês tinha duas possibilidades: ou bem admitia a eutanásia, reduzindo sua ocorrência por meio de um procedimento rigoroso, ou, então, continuava a ignorar a realidade social que se apresentava. De acordo com Larrea (1996, p.199), a positivação da eutanásia na Holanda representou muito mais uma limitação ao procedimento do que propriamente seu incentivo.

Assim, em 1993, foi criada uma legislação naquele país, a fim de regular a prática da eutanásia por meio da modificação do artigo 10 da *Lei de Enterro e Cremação*, que estabelecia um procedimento de notificação médica em caso de eutanásia. O procedimento iniciava-se com um informe, no qual o médico que levou a cabo a eutanásia apresentava ao médico forense as circunstâncias do caso. Se fosse constatado que todas as exigências legais haviam sido cumpridas, o médico não era penalizado. Dessa forma, a eutanásia foi despenalizada na Holanda (AGUARÓN, 2003, p.98).

Em abril de 2002, houve a introdução de uma modificação no Código Penal Holandês, prescrevendo que a ação de privar um enfermo da vida em sua terminalidade, feita por um médico, mediante pedido expresso, não seria penalizada se preenchidos os critérios constantes na *Lei de Verificação da Terminação da Vida Mediante Petição e Suicídio Assistido*, elaborada no ano de 2000, que estabelecia os critérios para a prática da eutanásia e do suicídio assistido naquele país. Portanto, ao contrário do que é comumente difundido, a eutanásia na Holanda não é legalizada, mas tão-somente despenalizada, desde que preenchidos os requisitos legais para sua ocorrência.

Na Austrália, em 1995, o Parlamento Autônomo do Território do Norte, com cerca de 160.000 habitantes, aprovou o *Rights of the Terminally Ill*, que legalizava a eutanásia, entrando em vigor em julho do mesmo ano. Em março de 1997, esta lei foi revogada em âmbito federal, sob a justificativa de que a lei do Território do Norte afetava todos os australianos e, por isso, não poderia ter sido aprovada por um parlamento territorial, além do que, segundo o autor da proposta de revogação, Kevin Andrews, o processo legislativo não havia sido

cumprido de forma satisfatória, bem como a lei não oferecia garantia suficiente aos mais frágeis (AGUARÓN, 2003, p.99).

Seguindo o mesmo caminho da Holanda, a Bélgica, em setembro de 2002, foi o segundo país europeu a aprovar a eutanásia mediante o preenchimento de certas condições. A permissão para o procedimento, diverso da Holanda, não inclui somente os casos de pacientes em fase de terminalidade, mas também aqueles que se encontram acometidos de sofrimento intenso (AGUARÓN, 2003, p.97).

Na Espanha, o Código de Ética Médica rechaça a eutanásia e dispõe, em seu artigo 28, sobre a possibilidade de ortotanásia. A legislação espanhola veda a prática da eutanásia ou do suicídio assistido (SÁ, 2005, p.97).

Na Itália, na Suíça, na Noruega, na Dinamarca e na Polônia, a eutanásia continua sendo disciplinada como crime, contudo, é tratada como *homicídio a pedido*, o que resulta em uma redução considerável da pena. Na França, em 1991, o Comitê Nacional Francês de Ética Médica condenou expressamente a prática de procedimento eutanásico (DWORKIN, 2003, p.254).

Na Alemanha, o homicídio a pedido é punido com pena atenuada que varia de seis meses a cinco anos de prisão. Todavia, para o direito penal alemão, a participação de terceiros no suicídio é livre de pena, não importando a razão pela qual o suicida deseja sua extinção. Entendem os alemães que a assistência ao suicídio não segue a teoria da acessoriedade limitada, que determina, segundo Greco (2003, p.497) que a participação só pode ser punida se a conduta principal também for típica e antijurídica (o que não acontece no suicídio).

Desse modo, de acordo com Jakobs (2003, p.3-18), aplicar diretamente uma injeção com medicamento letal, após o pedido do enfermo, seria considerado crime na Alemanha, não obstante, fornecer meios para que o próprio suicida assim proceda não é considerado penalmente relevante para o ordenamento positivo daquele país.

Neste ponto, a legislação alemã é oposta à Uruguaia, que não admite o auxílio ao suicídio em nenhuma hipótese, mas que permite a eutanásia, se preenchidos os requisitos legais.

Na América Latina, além do Uruguai, também na Colômbia, é possível a prática da eutanásia. A Corte Constitucional decidiu, em 15 de maio de 1997, diante de uma demanda acerca do artigo 326 do Código Penal, que penalizava a prática da eutanásia, que ela era possível, baseando-se na autonomia da vontade (JARAMILLO, 2000, p.10).

Dworkin (2003, p.254) informa que, formalmente, não é possível, em nenhum país ocidental, que um médico ponha fim à vida do enfermo sem que antes os requisitos sejam preenchidos. Dessa forma, o que se disciplina em alguns países ocidentais é a despenalização da eutanásia e não a sua legalização.⁸

4.1.6. Tratamento da Eutanásia no Ordenamento Jurídico Brasileiro

O atual código penal em vigor é de 1940, em que pese a grande reforma ocorrida no ano de 1984, ela só foi procedida na Parte Geral, a despeito de também ter sido proposto projeto para a Parte Especial. De acordo com a exposição de motivos na Nova Parte Geral, a reforma da Parte Especial ficaria para outro momento, a fim de que fossem debatidas questões polêmicas, algumas de natureza moral e religiosa. Não resta dúvida de que um dos temas polêmicos era a diminuição de pena para a eutanásia. A falta de disciplina do assunto, quando da Reforma da Parte Geral, deixa dúvidas se o legislador não quis mesmo se furtar ao debate.

É compreensível que, em 1940, o legislador não tivesse se preocupado com a eutanásia, uma vez que, além de não ser esta uma prática muito comum no Brasil, onde boa parte da sociedade, ainda hoje, não reclama sua adoção, não havia tantas possibilidades terapêuticas quanto à medicina apresenta atualmente.

Em meados de 1940, foi que surgiram a *penicilina*, as *UTIs* e as técnicas de reanimação cardiorrespiratória. Todavia, estas só se mostraram realmente satisfatórias a partir da década de 1950. Neste contexto de relativa escassez tecnológica, pouco se falava sobre prolongamento precário da vida.

Fato é que o Código Penal Uruguaio, de 1934, já disciplinava sobre a possibilidade de não aplicação de pena para o sujeito ativo da eutanásia. Contudo, tal modelo não foi seguido pelo legislador pátrio, que se limitou, na exposição de motivos da Reforma da Parte Especial do Código Penal, ao justificar a introdução do homicídio atenuado em virtude de relevante valor moral ou social, a afirmar que “*o projeto entende significar o motivo que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática, como por exemplo, a compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima (caso do homicídio eutanásico)*”.⁹

⁸ A diferenciação entre ambas foi feita no tópico anterior.

⁹ BRASIL. Código Penal Brasileiro, 2007, p.17.

Um homicídio eutanásico, para ter a pena atenuada no ordenamento jurídico pátrio, necessita preencher as seguintes condições: (a) o enfermo deve se encontrar em situação de enfermidade terminal incurável ou de invalidez irreversível; (b) a finalidade da conduta deve ser a de unicamente pôr fim ao sofrimento enfrentado pelo doente (c) e, por fim, deve haver o consentimento do paciente ou seu substituto de modo expresso (CARVALHO, 2001, p.24).

O homicídio simples (no qual a eutanásia se enquadraria) tem pena de 6 a 20 anos de reclusão, mas tendo em vista que, no Brasil, a eutanásia é considerada uma causa de diminuição de pena pelo relevante valor moral (como apresentado na Exposição de Motivos da Parte Especial), o sujeito ativo do delito terá sua pena diminuída de um sexto a um terço, de acordo com as circunstâncias apresentadas pelo caso concreto (SEBASTIÃO, 2003, p.287). Há que se ressaltar que a causa de diminuição de pena é aplicável independentemente da qualificação do sujeito ativo, ou seja, não é necessário que a eutanásia seja realizada por um médico.

Importante salientar que, com o advento do chamado *Estatuto do Idoso* – Lei 10.741/2003¹⁰ – praticada a eutanásia em sujeito maior de 60 anos – como insta ocorrer na maioria dos casos –, a pena é aumentada em um terço.

No caso da eutanásia passiva, que merecerá uma análise mais abrangente no correr da presente pesquisa, a depender do caso concreto, o sujeito ativo poderá responder pelo crime de *induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, homicídio por omissão ou omissão simples*.

No procedimento eutanásico, conforme dito, a ação ou omissão do sujeito deve ter como finalidade, abreviar a vida do enfermo com fins altruísticos, caso a finalidade seja outra, não se estará falando de eutanásia, mas de um homicídio como outro qualquer.

Além da punição na esfera penal, o sujeito ativo do crime de eutanásia também pode responder civilmente pelos danos que porventura vier a causar aos familiares. E, no caso de ser médico, pode ser apenado administrativamente pelo Conselho Regional de Medicina e referendado pelo Conselho Federal em caso de cassação (SEBASTIÃO, 2003, p.88-89).

O Conselho Federal de Medicina já demonstrou em diversas oportunidades que não é favorável ao procedimento eutanásico, inclusive, de acordo com o Código de Ética Médica de 1988, artigo 66, há vedação expressa

¹⁰ Publicada no DOU em 03 de out., 2003, e em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação.

da prática da eutanásia pelo médico, ainda que o processo de morte se mostre longo e doloroso.¹¹

4.1.6.1. O Consentimento do Paciente

No direito penal, o *consentimento* pode ser *expresso*, explícito ou implícito, desde que seja possível reconhecê-lo. Não é admitido o chamado *consentimento presumido*, como acontece na lei penal portuguesa (ANDRADE, 2004, p.06). Em se tratando de procedimento médico, o consentimento sempre deve ser expresso, salvo em caso de risco de vida para o enfermo recebido em urgência médica.

A *capacidade* para o consentimento é essencial para sua validade. Não há legislação afirmando qual a idade mínima para o consentimento, contudo, se é possível que o sujeito responda por seus atos a partir dos 18 anos, nada mais viável que tal idade se estenda para a capacidade de consentir.

Nos procedimentos médicos em geral, deve ser observado que a incapacidade não decorre somente da idade, mas também das condições do paciente ou do familiar. Obviamente que aqueles que são considerados incapazes para o direito penal brasileiro, também não terão capacidade para consentir.

A *disponibilidade do bem ou do direito* é outro requisito sem o qual o consentimento não terá repercussão na esfera penal.¹² Fragoso, citado por Nucci (2003, p.23), afirma que a honra, a liberdade, a inviolabilidade dos segredos e o patrimônio são bens disponíveis. Já a vida e a administração pública seriam exemplos, no entender do citado autor, de bens indisponíveis.

Pierangeli (2001, p.120), em substancioso estudo que trata do consentimento do ofendido, ao tentar definir quais seriam os bens disponíveis e os indisponíveis, afirma que a doutrina pátria, por influência alemã e italiana, entende que tal diferenciação é possível tomando como pressuposto a utilidade social do bem.

¹¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Art.66 – ‘É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal’.

¹² Favoráveis ao requisito da disponibilidade do bem ou direito ser requisito: Fragoso, Paulo José da Costa Jr., Flávio Augusto Monteiro de Barros e Guilherme de Souza Nucci. Em sentido contrário, doutrina minoritária representada por Soler e Néelson Hungria. (NUCCI, Guilherme de S. Código Penal Comentado, 2003, p.22-23).

Quando o bem não se revestir de imediata utilidade social e o Estado reconhecer ao particular a exclusividade de uso e gozo, o bem será considerado disponível. Ao contrário, quando a importância do bem se manifestar de imediato, ele será indisponível (PIERANGELI, 2001, p.119).

Outro critério possível para observar a disponibilidade ou não de um bem jurídico é observar a natureza da ação penal. Caso a ação penal seja de natureza pública e incondicionada, o bem será indisponível. Caso contrário, se o crime relativo ao bem for de ação penal pública condicionada à representação ou privada, o bem será disponível (PIERANGELI, 2001, p.120). Salvo os casos em que a ação penal, a despeito de contar com bem juridicamente importante para o Estado, este deixa de ser titular e a oferece para o particular em razão de a mesma representar um dano ainda mais grave à vítima, como é o caso de estupro de mulheres capazes.

Reconhecendo a insuficiência dos critérios apresentados pela doutrina para reconhecer quais seriam os bens disponíveis e quais os indisponíveis, Pierangeli (2001, p.120) recomenda que também seja feita uma pesquisa nas fontes que regulam a disponibilidade dos bens jurídicos, dentre elas, os usos e costumes, a reiteração no ordenamento jurídico da tutela sobre determinados bens, em que fique demonstrado o interesse público de que se revestem (pesquisa histórica).

Tudo considerado, o penalista afirma que é possível reconhecer quais são os bens disponíveis e quais não são (a) percorrendo os vários ramos do direito, com verificação dos princípios gerais do ordenamento jurídico, (b) buscando todas as fontes do direito – mediatas e imediatas, (c) verificando o direito consuetudinário e (d) analisando o critério da iniciativa da ação penal, já explicitado acima. Contudo, este último critério não deve ser tomado isoladamente (PIERANGELI, 2001, p.121).

Seguindo os critérios expostos por Pierangeli, não haveria que se falar em possibilidade de consentimento do paciente ou de seus familiares para a prática de procedimento eutanásico, seja ele ativo ou passivo, uma vez que o intuito primário daquele que opta pela eutanásia – ou dos familiares que assim decidem – é no sentido de *abreviar* a vida.

Ressalva há que ser feita em relação à possibilidade de uso de tal consentimento – frise-se, nulo – para que o parágrafo 1º do artigo 121 seja aplicado. É possível haver questionamento se o sujeito ativo estava agindo a pedido do moribundo e de seus familiares, ou se assim o fez por entender que

esta era a conduta mais acertada. Neste último caso, o crime cometido seria o de homicídio, possivelmente, qualificado.

Então, ainda que inócuo para ilidir a ação penal, o termo de consentimento assinado pelo ofendido ou por seus familiares, evitaria possíveis indagações acerca da verdadeira finalidade da conduta.

4.1.7.

Razões para o Florescimento da Eutanásia na Modernidade

Se, conforme dito, o termo tem seu nascimento em um tempo remoto, não resta dúvida de que o conteúdo do conceito mudou de forma considerável nos últimos tempos. O debate em torno da eutanásia vem ganhando força e cada vez mais suscita problemas de ordem filosófica, moral, jurídica, médica e ética. Não se trata mais de ser simplesmente contra ou a favor, mas sim de compreender as razões pelas quais o assunto se tornou tão corriqueiro nos últimos tempos.

De acordo com Aguarón (2003, p.42), parece paradoxal que, ao mesmo tempo em que a medicina experimenta avanços dantes nunca sonhados, o número de candidatos ao procedimento eutanásico tenha subido de forma tão vertiginosa. Mas, segue afirmando que o aparente paradoxo é facilmente compreensível dentro de um contexto sanitário em que a falta de entendimento dos aspectos essenciais de atenção ao enfermo em fase de terminalidade se mostra tão presente.

A mudança de perspectiva no entendimento da morte e do processo de morrer tem influência direta no aumento do número de casos em que o procedimento é solicitado. Não bastasse isso, e talvez também em decorrência disto, o tratamento curativo obstinado, proporcionado pelo uso avaliado da tecnologia, também é de suma importância.

Em relação aos problemas enfrentados pela sociedade ocidental moderna para o enfrentamento da finitude, o leitor é remetido para a primeira parte do trabalho. No tocante aos excessos terapêuticos e sua influência direta para a solicitação da eutanásia, alguns comentários serão tecidos.

Os avanços tecnológicos, ao mesmo tempo em que trouxeram benefícios indizíveis para ser humano, também criaram uma legião de sujeitos candidatos ao procedimento eutanásico. Se, outrora, a eutanásia era clamada para os feridos em guerra e pouquíssimos enfermos, geralmente para os quais a palição da dor não era alcançada de modo satisfatório, na atualidade ela se

tornou pensamento usual para alguns que se encontram em processo de morte prolongado – ou que assim se anuncia.

A capacidade de prolongamento artificial da vida é de grande relevância para o ressurgimento do debate em torno do tema. A medicina curativa tem meios de manter vivo até mesmo um corpo já quase morto, impedindo, dessa forma, que o processo de morte aconteça. Mesmo nos casos em que não há uma sobrevida possível para o moribundo, tanto do ponto de vista qualitativo quanto relacional, submetem-nos a tratamentos extraordinários que só acrescerão o tempo de agonia.

Ao lado desta vertiginosa tecnologia, o paciente se sente solitário e incompreendido, uma vez que, conforme dito anteriormente, a relação médico-paciente deixa de se pautar no cuidado global para se voltar às inúmeras partes biológicas do indivíduo. O tratamento curativo, ao ignorar que o enfermo já se encontra em estado de terminalidade, traz uma profunda sensação de desamparo e fragilidade para o doente.

Preso a uma cama de hospital geral, acometido por dores insuportáveis e tendo sua personalidade fragmentada a cada dia, em virtude de um sofrimento não tratado, não é de se esperar que o moribundo deseje outra coisa senão a morte. Não a morte no sentido de privação da vida, mas, sobretudo, enquanto possibilidade de pôr termo a dor e o sofrimento não tratados.

Obviamente que o contrário também pode acontecer, ou seja, em vez de receber um tratamento curativo obstinado, o enfermo deixa de merecer a atenção da equipe profissional, tendo em vista que ele se encontra fora de possibilidade terapêutica. Nesse sentido, ele é abandonado à sua própria sorte, sem receber suporte para o alívio do sofrimento, nem tampouco medicamentos eficazes para a mitigação das dores. Mas o resultado final seria idêntico: o desejo de morte.

Tanto em relação ao tratamento obstinado, quanto em relação ao abandono terapêutico, os cuidados paliativos são de suma importância, pois, além de resignificar a relação do médico com seu paciente, põem a serviço do moribundo e seus familiares um completo amparo biológico, social, psíquico e espiritual.

Na Holanda, não é possível que a eutanásia seja feita dentro dos *Hospices*. Dos 769 casos de internação no *Hospice* Rozenheuvel até o ano de 2003, 25% pediram para que fossem transferidos para outros locais, a fim de receberem eutanásia em caso de dor ou sofrimento prolongado, contudo,

somente três pacientes levaram a cabo seu pedido inicial (CARNEVALLI, 2003, p.110).

Conforme já esclarecido em momento oportuno, é possível que a medicina moderna faça frente a, pelo menos, 80% das dores que costumam aparecer na terminalidade, principalmente nos pacientes oncológicos, para os quais ela se apresenta de modo mais severo. Além disso, o sofrimento pode ser mitigado de modo considerável se o enfermo tiver ao seu lado pessoas que compreendam sua situação de terminalidade e lhe ofereçam, além de cuidados corpóreos, um coração vibrante que se compadece e sabe escutar.

O desejo do paciente de morrer, quando lúcido, consciente e sem sintomas depressivos, decorre, não raras vezes, de uma necessidade de não sofrimento. Cassorla (1998, p.07), ao analisar o suicida, afirma que *“a pesquisa clínica mostra que o suicida não quer morrer: o que ele deseja é fugir de um sofrimento insuportável, a morte sendo algo acessório, casual”*. Análise idêntica poderia ser feita em relação ao candidato à eutanásia: o desejo pode não ser propriamente o de morte, mas de alívio da dor e do sofrimento.

Para Jaramillo (2000, p.04), muitas vezes, por trás da frase *‘eu quero morrer’* está o sentimento de *“não quero sofrer nem fazer sofrer”*. Um tratamento adequado para o paciente em processo de terminalidade, possivelmente, faria com que este desejo de alívio da dor fosse sanado. Em relação ao sofrimento experimentado pela própria finitude, este também poderá ser paliado, mas nunca completamente abolido, pois a experiência da morte em si pode ser agônica e sofrida. Todavia, ensina Küble-Ross (1988, p.310-313) a morte pode ter uma significação demasiado gratificante, *“uma das maiores experiências da vida”*, ou, de acordo com Junges (2006, p.305), uma *“experiência existencial de significado e relacionalidade”*.

É também Junges (2006, p.306) quem afirma que a qualidade de vida não deve ser reduzida às sensações físicas, sendo imprescindível uma *transsignificação* simbólica da dor e do sofrimento, enquanto fontes de crescimento humano. Essa *transsignificação* viria acompanhada, necessariamente, de um alívio para o ser simbólico. E continua, dizendo que a solicitação pelo procedimento eutanásico *“expressa sensação de abandono e solidão que impossibilitam de descobrir realidades imersas no fundo do eu e partilhar significados que poderiam enriquecer este último momento”*.

O abandono e a solidão a que se refere o autor não estão necessariamente ligados ao desprezo familiar, mas, precisamente ao modo pelo qual a vida é vivida na modernidade: dentro de uma perspectiva individualística,

que visa sempre ao prazer imediato e a busca pelo não sofrimento, tudo isso em detrimento do auto-conhecimento.

Assim compreendido, a demanda social atual pode não ser propriamente pelo procedimento eutanásico, mas sim, talvez, pelo respeito à dignidade humana no processo de morte, onde o paciente é tratado de modo global.

Tratada como parte e não em sua totalidade, a identidade do sujeito, que de acordo com a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos, é composta pelas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, é aviltada e reduzida, fazendo da dignidade uma aspiração longínqua. Muitas vezes, o clamor pela eutanásia nada mais é do que o pavor de se tornar objeto de manipulação de uma medicina avalorada e cultuadora da tecnologia.

Em todos os países nos quais é possível a supressão da própria vida por meio do procedimento eutanásico ou do suicídio assistido, onde os cuidados paliativos foram inseridos na terminalidade, o número de pedidos para a extinção da vida diminuiu drasticamente. Em 1993, um órgão oficial do governo britânico examinou o prontuário de 27.400 enfermos sob cuidados paliativos e concluiu que somente cinco destes pediram para morrer: três eram psicóticos e dois, viciados em heroína.¹³

A disseminação social de uma ética utilitarista¹⁴ também em muito contribuiu para o aumento do número de pedidos de eutanásia. O *homo technologicus*, imerso em seu *fazer* e sempre buscando lograr mais êxito em suas tarefas, por um lado acaba considerando o moribundo um sujeito socialmente inútil e, ainda por cima, capaz de atrapalhar seu próprio senso de utilidade.¹⁵ Segundo Carnevalli (2003, p.19), as conseqüências deste tipo de ética são desastrosas para o sujeito, uma vez que transporta todos os problemas do *Ser* para o *fazer*, e o mundo assume dimensões de eficiência absolutas.

Lado outro, o próprio sujeito em processo de terminalidade se convence de que se não pode *fazer*, também lhe é impossível “*ser*”, pois, durante a sua vida, não foi outra coisa que não o retrato fiel do entorpecimento, que lhe garantiu a fuga da angústia. Incapaz de se voltar para sua subjetividade e se deparar com

¹³ FIGUEIREDO, M. T. A. *Cuidados Paliativos*. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007. [Informação Verbal].

¹⁴ O utilitarismo sustenta que a maldade ou bondade advinda das ações humanas dependem da utilidade ou do benefício que proporcionam. Desta forma, o fim, objeto e circunstâncias das ações morais são reduzidos exclusivamente às suas conseqüências. (LARREA, I. O. *Eutanásia: ética Y ley frente a frente*, 1996, p.190).

¹⁵ Por temerem a eutanásia, muitos idosos holandeses se negam a receber tratamento médico. Um estudo demonstrou que 47% dos idosos viviam em sua própria casa e que 93% dos idosos asilados rejeitavam qualquer tipo de eutanásia (LARREA, op. cit., p.187).

os limites da própria existência, ele passa a não desejar outra coisa que não a morte – de preferência, rápida e indolor.

Some-se a isto uma questão mais prática que envolve o tema. Muitos casos de apelo à eutanásia têm sido instigados por grupos militantes (muito fortes nos EUA e na Holanda) ¹⁶ que fazem com que o sujeito em fase de terminalidade requeira o procedimento, a fim de não se tornar um fardo para seus familiares e para a sociedade (AGUARÓN, 2003, p.42-43).

Forma parte também deste novo cenário de busca pela eutanásia a noção hedonista de que a vida não vale a pena se não puder ser gozada. Desse modo, a ausência de prazer experiencial¹⁷ experimentada na finitude faz com que o sujeito tenha a sensação de que sua vida já se extinguiu.

De forma alguma está a se fazer apologia à dor e ao sofrimento, entretanto, reduzir a existência a uma busca incessante de prazer faz com que o sujeito não consiga se preparar de modo adequado para as perdas sucessivas que o existir acarreta, e sua morte, em vez de ser o desfecho final da vida, se torna um castigo cruel e insuportável. O problema aparece não tanto em relação a dor e ao sofrimento inerentes ao quadro da terminalidade, mas, principalmente, ao baixo limiar de dor e sofrimento suportado pelo sujeito moderno, que acostumou a adjetivar a vida somente pela possibilidade do gozo. Resumir a vida a prazer pode ser típico dos animais, mas isso não é verdadeiro para o ser humano, que tem dignidade e valores a lhe nortear.

Não é possível afirmar em todos os casos de pedido de eutanásia, mas, algumas vezes, torna-se claro que sua solicitação não é mais que uma forma de se obter gozo. O desejo imperioso de não sentir dor e buscar prazer em tudo faz com que o sujeito consiga ver na eutanásia uma possibilidade de prazer, ainda que um prazer completamente desconhecido.

¹⁶ Em 1985, enquanto o debate em torno da eutanásia se tornou intenso na sociedade holandesa, devido ao entendimento dos tribunais de que ela deveria ser despenalizada, um grupo importante de Amersfoort enviou uma carta ao Comitê Parlamentar de Saúde e Justiça na qual afirmavam, dentre outros, que “sentimos que nuestras vidas están amenazadas... Nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... Mucha gente piensa que somos inútiles... Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte... Nos resulta peligroso y aterrador pensar que la nueva legislación médica pueda incluir la eutanásia”. (LARREA, op. cit., p.186). (“Sentimos que nossas vidas estão ameaçadas... Nos damos conta de que representamos um gasto muito grande para a comunidade... Muita gente pensa que somos inúteis... Nos damos conta que a todo tempo nos querem convencer para que desejemos a morte... Nos resulta perigoso e ameaçador pensar que a nova legislação médica possa incluir a eutanásia”).

¹⁷ No sentido dado por Dworkin.

4.1.8. Mistanásia: a eutanásia social

A despeito de não ser este o enfoque da presente pesquisa, convém esclarecer o significado do termo *mistanásia*, que vem sendo usado de forma corrente entre os estudiosos da bioética.

Leonard Martin foi quem primeiro o utilizou, com isso querendo evitar que o termo *eutanásia social* continuasse sendo usado quando se tratasse de mistanásia. Para o autor, *eutanásia* pressupõe uma boa morte, situação muito diversa da mistanásia, que nada tem boa ou indolor (MARTIN, L., 1998, p.174). O conceito de mistanásia seria o de uma morte miserável, fora e antes do tempo devido.

A mistanásia aconteceria em três situações distintas: (a) quando o sujeito não chega a ser paciente, por motivos políticos, sociais e econômicos, pois não consegue ingressar efetivamente no sistema de atendimento de saúde; (b) quando o enfermo consegue ser paciente, para, em seguida, se tornar vítima de erro médico e (c) quando o paciente se torna vítima de uma má prática sanitária, por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos.

Para Martin, uma melhor compreensão desse tema é importante para que seja possível a distinção entre situações de impotência devido às macroestruturas sociais e àquelas nas quais a responsabilidade individual ou comunitária podem ser diagnosticadas (MARTIN, L., 1998, p.180).

O objetivo aqui, conforme dito acima, não é desenvolver a contundente crítica de Martin. Apenas é necessário constatar que a mistanásia não é apenas uma construção intelectual e criativa de seu precursor, mas, antes disso, uma realidade de populações inteiras, principalmente as menos favorecidas.

4.2. Auxílio ao Suicídio

Parecia que, durante toda a sua vida, um machado estivera suspenso sobre sua cabeça, toda a vida ele esperava, a cada momento, numa tortura inimaginável, que a lâmina o golpeasse; e eis que, finalmente, o golpeava! Foi um golpe mortal. E ele, que desejara fugir ao tribunal de sua própria consciência, não tivera para onde fugir (DOSTOIÉVSKI, 2007b, p.83).

4.2.1. Conceito

Ensina Maria de Fátima Freire de Sá (2005, p.40) que o suicídio assistido se encontra, conceitualmente, bem próximo ao de eutanásia, todavia, não seriam

institutos equivalentes. Enquanto na eutanásia o sujeito é submetido ao procedimento, no suicídio assistido, ele é apenas auxiliado, seja de forma comissiva ou omissiva. O suicídio assistido clinicamente é uma opção do enfermo de dar fim a própria vida (e por suas mãos), após ser informado sobre seu quadro patológico. O papel do médico aqui seria o de fornecer meios para que o doente leve a cabo seu intento.

Opinião diversa da autora é a de Carnevalli (2003, p.25), para quem o suicídio assistido é uma forma de eutanásia voluntária. Entendimento parecido é o apresentado por Aguarón (2003, p.46-47), que compreende que o suicídio clinicamente assistido ou o auxílio ao suicídio, seria uma forma de *suicídio-homicídio*, estando, do ponto de vista moral, a meio caminho entre a eutanásia voluntária e o suicídio.

A despeito de não serem poucos os autores a considerar eufemismo falar de cooperação para o suicídio, há uma distinção básica entre a eutanásia e o suicídio assistido: o fato de quem põe fim à vida é o sujeito e não terceira pessoa, que é mero auxiliador no processo. Este auxílio tanto pode se dar da forma comissiva quanto da omissiva.

O auxílio comissivo ocorre quando o agente atua de forma contundente para que o evento morte aconteça, como é o caso de prescrição de medicação em dose elevada a fim de possibilitar o óbito (com intenção de auxiliar o suicida a dar fim à própria vida). Já o omissivo acontece quando há o encorajamento do suicida, persuadindo-o ao ato, mas sem fornecer nenhum auxílio material.

No direito penal, *auxílio* é entendido como sendo um apoio material ao suicida. Por esta razão, parte da doutrina entende que não é possível pensar em auxílio ao suicídio sem que efetivamente e de forma comissiva, o agente tenha agido para o desfecho do evento final. O entendimento é que não haveria como alguém auxiliar por omissão (DELMANTO, 2000, p.215).

4.2.2. Legislação e Doutrina Brasileira Sobre o Tema

No ordenamento jurídico brasileiro, a instigação ou auxílio ao suicídio é disciplinado no artigo 122 do Código Penal Brasileiro e tem como sujeito passivo qualquer pessoa, e não somente o enfermo portador de doença incurável. A pena para o crime consumado é bem menor do que a do homicídio, variando de dois anos a seis meses de reclusão, a depender das circunstâncias do caso concreto.

O suicídio, no entendimento de Jakobs (2003, p.03) não é, por si só, um evento com o qual o direito penal se preocupa. Ainda que se discuta a possibilidade de se aplicar pena ao sobrevivente, de acordo com Beccaria (1996, p.109), isso não teria o menor sentido, pois que peso as penas humanas poderiam ter para alguém que perdeu o temor pela própria morte? Portanto, a tentativa de suicídio é mais bem interpretada se considerada um acidente, uma catástrofe ou um sentimento de profundo desamparo frente à vida, no qual a inconsistência se revela tamanha que o Estado compreende ser mais benéfico socialmente não punir o injusto.

Isso não significa que o suicídio seja um indiferente penal. Para Capez (2003, p.83-84), a destruição deliberada da vida, a despeito de não poder ser classificada como um crime é uma conduta antijurídica, uma vez que a vida é um bem indisponível (público). Entendimento parecido é apresentado por Frederico Marques (1999, p.154), acompanhado por Nucci (2003, p.418), que entendem que suicídio não é um ato conforme o direito, se tratando, na verdade, de um ilícito não punível.

A despeito da não criminalização da tentativa de suicídio, o legislador brasileiro entendeu por bem penalizar a conduta daquele que auxilia ou instiga o suicida a dar cabo da própria vida, pois se o que justifica moralmente a não criminalização da tentativa de suicídio é o desamparo existencial do suicida, não seria possível usar o mesmo raciocínio para também impedir que o auxiliar ou instigador não sofra a pena.¹⁸ No ordenamento jurídico brasileiro, o suicídio deve ser um ato solitário, podendo ser impedido por qualquer pessoa e por qualquer meio (desde que proporcional), a fim de evitar que o suicida consuma seu intento, de acordo com o artigo 146, parágrafo 3º do Código Penal.

Na conduta suicida, o sujeito deve se autodeterminar, enquanto capaz de conduzir seu querer e seu atuar. Se um enfermo deseja pôr fim a sua vida, ainda que não alcance seu intento, o Estado não irá atuar. Todavia, se o suicida quiser que lhe seja indicada superdosagem de medicamento a fim de suprimir sua vida, conforme Husseman (2005, p.55-56), isto não deve ser considerado como sendo um exercício de autonomia, mas sim, o desejo de determinar a conduta de terceira pessoa (o auxiliador), que não encontra-se no estado de fragilidade existencial apresentada pelo suicida e, por esta razão, o argumento utilizado pelo Estado para não punir a tentativa de suicídio não pode ser invocada.

¹⁸ De acordo com Bitencourt a participação no suicídio é uma figura típica *sui generis*, uma vez que não segue a regra da teoria da acessoriedade limitada, que diz que uma participação só é punível

4.2.3.

Michigan: O Anjo da Morte

O suicídio assistido ganhou notoriedade com Dr. Jack Kevorkian, um médico patólogo do estado do Michigan, ironicamente apelidado de *Anjo da Morte*. É dele a invenção da *Mercitron*, que foi a primeira máquina no mundo a auxiliar pacientes que desejavam se submeter ao suicídio assistido, injetando-lhes drogas letais. Jaramillo (2000, p.11-12) traz intrigante histórico sobre o Dr. Jack.

Durante suas rondas noturnas, como médico de um Hospital em Detroit, buscava os moribundos e prendia-lhes as pálpebras com fitas adesivas, a fim de fotografar as córneas, para analisar se os vasos mudavam de forma no momento da morte. Tentou autorização da justiça americana para fazer experimentos com os réus condenados à morte, todavia, sem sucesso.

Sua obsessão pela morte era próxima do patológico, chegando a utilizar seu próprio sangue para pintar um quadro, intrigantemente denominado *Genocídio*. Após ser demitido de várias instituições devido ao seu comportamento alterado, abriu uma clínica e se declarava como sendo “um médico asesor de enfermos desahuciados que deseem morrer com dignidad”.¹⁹

A quantidade de suicídios que auxiliou varia de acordo com a fonte de pesquisa: uns dizem que foi 60, outros, 47 e alguns, como Dworkin, falam em 20.

Dworkin (2003, p.262) afirma que o Dr. Kevorkian instalou uma de suas máquinas suicidas na traseira de sua perua e que, para o procedimento, bastava que o solicitante apertasse um botão. Foram poucas as provas de que o enfermo tivesse antes consultado outro profissional e o suicídio acontecia um ou dois dias após o primeiro contato com o paciente.

O estado americano de Michigan era um dos poucos em que não havia proibição legal ao auxílio ao suicídio, e elaborou sua legislação no intuito de que o Dr. Kevorkian se abstivesse da prática. Entretanto, afirma Dworkin (2003, p.262), pelo menos uma pessoa foi assistida após a promulgação da lei, mas antes do limite do prazo de vacância.

Condenado a prisão aos 71 anos, se manteve detido até os 79, quando então foi libertado, com o compromisso de não mais auxiliar os enfermos na abreviação de suas vidas.

quando a conduta principal for típica e antijurídica. (BITENCOURT, Cezar R. *Manual de Direito Penal*, 2002, p.114).

4.2.4. Suicídio Assistido no Estado do Óregon (E.U.A)

Nos EUA, após campanhas pró-eutanásia terem surgido por todos os lados, principalmente a partir da década de 1980, alguns estados propuseram *referendum* aos seus cidadãos, a fim de obter a aprovação ou não para a prática do suicídio assistido. Foram rejeitados na Califórnia²⁰, em 1988 e novamente em 1992 e, em Washington, em 1991. Em 1997, mesmo depois da Associação Médica Americana se mostrar contrária à legalização do suicídio assistido, uma vez que poderia colocar em risco um grande número de pacientes vulneráveis (BURT, 1998, p.121), com 51% dos votos populares, foi aprovado o projeto para o suicídio assistido no estado do Óregon (AGUARÓN, 2003, p.99-102).

Após aprovação popular, a lei disciplinando o procedimento vigorou até o ano de 2001, quando o então secretário de justiça norte-americano, John Ashcroft, determinou que fosse retirada de vigor, tendo em vista que ministrar medicamentos para abreviar a vida não era um propósito da medicina e que prescrever medicamentos para este fim violava lei federal.

O estado do Óregon recorreu ao judiciário e obteve sucesso nas duas primeiras instâncias, levando o caso à apreciação da Suprema Corte. Esta decidiu, em 17/01/2006, que o secretário de justiça havia extrapolado suas atribuições ao impedir que a lei fosse aplicada e que, portanto, dessa forma, a lei voltasse a ser utilizada pelos enfermos que desejassem pôr fim à vida por meio do suicídio clinicamente assistido (PRESSE, 2006).

A forma permitida de suicídio assistido no Óregon é por meio de superdosagem medicamentosa, capaz de fazer com que a morte se dê rapidamente. A condição para que um paciente seja considerado apto a se submeter ao procedimento é ter um prognóstico de vida inferior a seis meses e o profissional autorizado a assistir o enfermo é o médico, que deve agir de modo consciente e voluntário (VILLAS-BÔAS, 2005, p.93).

Considerações idênticas às feitas quanto ao aumento de número de solicitação de eutanásia na atualidade podem, sem qualquer prejuízo, ser também estendidas para o suicídio assistido. Pois, se diversos quanto à maneira de execução, a finalidade é idêntica, ou seja, a abreviação da vida do enfermo.

¹⁹ “Um médico assessor dos enfermos desenganados que desejem morrer com dignidade”.

²⁰ Em 1996 tornou-se possível o suicídio clinicamente assistido no estado da Califórnia, depois que o juiz Stephen Reinhardt, do 9º Tribunal de Apelação, decidiu que a Constituição americana garantia o exercício de referido direito. (DWORKIN, op. cit. p.176-82).

4.3.

Distanásia

Por vezes, em momento de vaga consciência, tinha lampejos de que estava condenado a viver numa espécie de sonho longo, interminável, cheio de sobressaltos, lutas e sofrimentos estranhos e estéreis. Aterrorizado, tentava se insurgir contra este fatalismo funesto que o oprimia, mas no momento cruciante e mais desesperador da luta, uma força desconhecida tornava a golpeá-lo, e ele percebia, sentia claramente que estava de novo perdendo a memória, que de novo uma escuridão impenetrável e insondável se abria diante dele, e ele se lançava a ela com um uivo de angústia e desespero (DOSTOIÉVSKI, 2006, p.36).

4.3.1.

Considerações Gerais

Distanásia é um conceito relativamente novo, só sendo cabível após a metade do século XX, quando os avanços da medicina se agigantaram de tal forma que acabaram por dificultar o processo de morte.

Jean Bernard, citado por Léo Pessini (2007, p.837), afirma que a medicina “*mudou mais nos últimos 50 anos do que nos 50 séculos precedentes*” e a distanásia é conseqüência direta dessas mudanças. Na exposição de motivos da Resolução 1.805/2006, o Conselho Federal de Medicina afirma que “*se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final, era dez vezes maior*”.²¹

O prolongamento desnecessário e inútil no processo de morte se tornou tema de várias discussões, tanto na área de saúde quanto em outros ramos envolvidos com a bioética (CALERA, 1994, p.716). No contexto social atual, ao que parece, a ocorrência da morte natural – quando já não há mais recurso médico-terapêutico capaz de fornecer uma qualidade de vida mínima ao enfermo, não tendo outra finalidade que não o prolongamento do processo de morte – acabou por se tornar algo condenável.

O objetivo estabelecido aqui é o de esclarecer em que consiste a distanásia, bem como os efeitos de sua prática no tratamento das enfermidades, sendo certo que os estudos até aqui realizados são de suma importância para a perfeita compreensão dos próximos estudos.

²¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Exposição de Motivos da Resolução 1.805/2006.

4.3.2. Histórico e Conceito de Distanásia

Críton, pupilo de Sócrates, que lhe fazia companhia momentos antes de concretizar sua pena de ingerir *cicuta*, afirmou ao mestre que não era necessário tomar o veneno naquele momento, eis que o sol ainda não havia se posto sob as montanhas. A isso seu mestre respondeu que, deixando para ingerir mais tarde, não conseguiria outra coisa, senão o de tornar-se objeto de escárnio de si mesmo, ao economizar aquilo que não mais lhe restava – a vida (PLATÃO, 1995, p.116-).

Apolodoro, outro pupilo também presente, após Sócrates ter ingerido *cicuta*, iniciou choro compulsivo, no que foi repreendido pelo mestre, que afirmou que *é com palavras felizes que se deve terminar a vida*.

Anísio Baldessin (2005, p.59), ao citar o bioeticista Daniel Callahan, informa que, em seu livro *A Tirania da Sobrevivência*, o autor afirma que *“nenhum outro progresso tem sido tão espetacular na medicina como o domínio de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas”*. Mas, como toda moeda tem também seu lado reverso, os avanços tecnológicos na área de saúde também trouxeram a possibilidade de prejuízo ao enfermo. Em um modelo de medicina no qual o médico é formado apenas para o tratamento curativo e, conseqüentemente, o uso – e às vezes abuso – das possibilidades terapêuticas, há uma redução da compreensão sobre o que pode ser entendido como bem-estar global do paciente.

A distanásia é também chamada de *encarniçamento terapêutico*, ou *obstinação* ou *futilidade terapêutica*. Etimologicamente, é a junção do prefixo grego *dis* (dificuldade) (DE ANDRÉ, 1990, p.43) e *thánatos* (morte). De acordo com o dicionário *Houaiss* (2001, p.1060) de língua portuguesa, seria uma morte lenta e com grande sofrimento. E é exatamente este o sentido em que o termo é empregado usualmente.

O equívoco do extremo, que conduz ao caminho inverso da abreviação da vida, se apresenta na distanásia, onde há um prolongamento inútil e obstinado de uma vida orgânica já fora de possibilidade, que não mais existiria, não fosse o uso indiscriminado da tecnologia médica.

De acordo com Martin (1998, p.187), na distanásia, a *saúde* é definida como ausência de doença e, nesse sentido, tendo em vista que o objetivo da medicina neste tipo de contexto é o de curar a doença, todas as terapêuticas são

voltadas para a *derrota* da morte, ainda que ao custo do bem-estar global do indivíduo.

Apesar de bem equipados no processo de morte, os que ao tratamento obstinado são submetidos apresentam óbito do mesmo modo que os demais, o que significa que a diferença está na dor e no sofrimento agregados ao processo, mas não em seu desfecho.

Assim compreendido, o termo *distanásia* seria o antônimo de *eutanásia*. Se no último há uma antecipação da morte, na obstinação terapêutica há uma suspensão meramente biológica do processo de morte, por meio de procedimentos inócuos que em nada acrescentam à vida do enfermo (LARREA, 1996, p.15).

Enquanto na *eutanásia* há uma preocupação prioritária com a qualidade de vida (ou o que poderia ou não ser considerado enquanto tal), na *distanásia* o foco se volta basicamente para a quantidade de vida a ser acrescida, pouco importando que as terapias não sejam mais que um prolongamento inútil da agonia da morte (MARTIN, L., 1998, p.172-73).

Na *distanásia*, o sujeito simbólico passa por um processo de morte duradouro que, não raras vezes, causa uma fragmentação perceptível de sua personalidade. A morte – que é inerente à própria vida – é vista como uma inimiga a ser combatida, ainda que à custa da dignidade do indivíduo.

Distanásia pode ser conceituada, de acordo com Léo Pessini (2007, p.839), como uma ação, intervenção ou procedimento médico que não propicia benefício ao sujeito em fase de terminalidade. Ao contrário, prolonga-lhe a agonia, com o objetivo de distanciar o momento da morte o máximo possível, por meio de tratamentos fúteis e inapropriados.

Somente a partir de meados do século XX, segundo Martin (1998, p.187-88) com a (a) introdução de cuidados médicos intensivos, (b) a troca do paradigma do cuidado para um paradigma tecnocientífico, (c) bem como pela inserção do paradigma comercial-empresarial²² na medicina, é que houve uma *declaração de guerra* contra as doenças e, conseqüentemente, contra a morte. Acrescente-se a este quadro o terror que a idéia de finitude traz ao ser humano da modernidade.

A expressão norte-americana *obstinação terapêutica*, sinônima de *distanásia*, foi introduzida na linguagem médica no início dos anos 1950, por

²² O paradigma comercial-empresarial leva em consideração a capacidade financeira do paciente, em que a proposição ou não de terapêuticas é influenciada pela capacidade de pagamento do

Jean-Robert Debray, definida como o comportamento médico consistente em utilizar terapias em que o efeito é mais nocivo do que o mal que pretende curar, ou, ainda, inútil, uma vez que a cura se mostra impossível e o benefício trazido pelo procedimento é menor que os inconvenientes (PESSINI, 1996, p.35).

Carnevalli (2003, p.24) compreende como obstinação terapêutica o retardamento da morte pelo maior tempo possível, com a utilização de todos os meios (ordinários e extraordinários), ainda que não exista esperança de cura e que os procedimentos não signifiquem mais que uns dias ou horas de sofrimento a mais. Quanto de mais alta complexidade for o hospital, maior a possibilidade de ocorrer a distanásia, em decorrência da quantidade de tecnologia à disposição da equipe profissional e da *política* de tratamento das doenças.

Em alguns hospitais, sobretudo naqueles em que a equipe se encontra mais preparada para o tratamento da finitude humana, está havendo uma conscientização quanto aos limites da tecnologia e, conseqüentemente, do tratamento a ser dispensado ao paciente, a fim de que o processo de morte seja vivido pelo enfermo de forma digna e com respeito a sua autonomia. Assim, termos americanos como *DNR (do not resuscitate)*, *NTBR (not to be resuscitated)*, *no Code, Code 4*, dentre outros, são colocados na cabeceira do doente em processo de terminalidade, a fim de que, em caso de parada cardiorrespiratória, não seja aventado o procedimento de ressuscitação (PESSINI, 1996, p.35).

A inserção deste tipo de procedimento em face de terminalidade se mostra muito importante, pois não se deve deixar de levar em consideração, conforme lembra Pessini (1996, p.36), que “*o que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a Deus, hoje o ser humano assume essa responsabilidade e inicia o chamado oitavo dia da criação*”, olvidando-se do fato de que a morte não pode ser vencida e que o sujeito portador de uma doença incurável e em estágio avançado deve ser respeitado de forma integral e não como mero espectro biológico.

4.3.3. Procedimento Distanásico no Ser Simbólico

Se chamado a opinar, certamente, Ernest Becker (2007, p.19) diria que os avanços tecnológicos trouxeram ao homem a possibilidade de se afirmar como

enfermo e seus familiares. (MARTIN, Leonard. Eutanásia e Distanásia. In: ___ *Iniciação a Bioética*, 1998, p.188).

imortal: por meio da ciência, nega a morte e o seu desamparo essencial e, assim, consegue realizar o heroísmo que dá sentido à vida, por meio da medicina.²³

Todavia, tal sentido heróico é apenas aparente, pois as tentativas de restabelecer os “*primitivos caminhos do sentimento*” (TOLSTÓI, 2006, p.50) que o ocultava de sua inexorável finitude - horas mais horas menos - não se mostrarão eficazes ante a contingência inapelável da extinção.

A certeza moral de que o médico deve oferecer ao enfermo em fase de terminalidade todo e qualquer procedimento disponível, ainda que isso venha só a aumentar o tempo de sua agonia, não passa de uma interpretação equivocada do que pode ou não ser compreendido como sendo a arte da medicina. A sutil – e ao mesmo tempo enorme - diferença entre antecipar a morte do enfermo e oferecer-lhe esperança de cura até os seus derradeiros momentos, submetendo-o aos mais diversos tipos de terapia inócua, é de especial relevância para a compreensão dos limites entre a inevitabilidade da morte e a proteção ao direito a vida (LARREA, 1996, p.163).

A técnica, que em Heidegger (2006, p.234) significa os equipamentos à disposição do *Ente*, bem como o próprio saber e a forma pela qual a verdade é extraída, quando divorciada de uma conduta ética, acaba por exprimir um completo vazio ontológico. Se demasiado imerso no universo da técnica, afirma o filósofo, o ser humano esquece sua verdadeira essência.

A manipulação do indivíduo, proporcionada pela tecnologia médica atual, não deve tomar como fim nada que não o próprio ser humano, para quem todo o conhecimento é desenvolvido. O que se pode desejar de uma ciência é que ela forneça meios do ser humano ter uma vida melhor, e não o contrário. Que não se concretize na medicina, o desvirtuamento da técnica que aconteceu na física, comentado por Oppenheimer quando da bomba atômica de Hiroshima.²⁴

²³ Para Ernest Becker, uma das verdades vitais para auxiliar o homem a adquirir certa compreensão do que lhe acontece e informar em que lugar os problemas realmente estão, é a idéia do *heroísmo*. Nem todos os homens conseguem significar a vida com o próprio heroísmo. Os que tiveram esta chance são considerados os grandes nomes da História. Na impossibilidade de se ter uma *causa heróica*, o homem *comum*, que antes se autojustificava no *poder que o criou*, hodiernamente, transfere esta autojustificação para maridos, esposas, amigos, líderes e ideologias – que passam a ser medida para os padrões de mais alto heroísmo, ideais verdadeiramente aptos que fazem com que as pessoas sigam em frente, além delas mesmas. Em contrapartida, ao se espelhar no outro e transferir o *plano heróico* ao outro, o indivíduo deixa de se questionar e, nesse sentido, questionar sua própria existência, pois o heroísmo – que dá sentido à vida – está no outro, não passível de questionamento, sob pena de, ao fazê-lo, o indivíduo se ver em completo estado de desespero ante sua própria efemeridade (BECKER, op. cit., p.245-48).

²⁴ Após os EUA terem lançado a bomba atômica na cidade japonesa de Hiroshima, Oppenheimer afirmou que a ciência, que até então vista somente como libertadora dos grilhões que impediam o ser humano de emancipar, havia conhecido o pecado.

Da mesma forma que a eutanásia, conforme demonstrado, é difícil de ser aceita, eis que os problemas éticos, jurídicos, médicos e filosóficos envolvidos no tema são de extrema magnitude; a distanásia também não deve ser a medida para o tratamento da terminalidade, uma vez que impede ao enfermo viver sua morte de modo digno e de acordo com as escolhas que foi fazendo durante sua vida.

Este é o assunto do próximo capítulo, no qual se tentará demonstrar que é juridicamente lícito e deontologicamente recomendável que um médico, ante a morte próxima e inevitável de seu paciente, depois de pedido deste ou de seus familiares, suspenda o tratamento curativo e ofereça ao enfermo somente os cuidados paliativos. Ou, mais ainda, em caso de não ser possível o oferecimento integral desse tipo de procedimento (devido à escassez econômica enfrentada pelo sistema público de saúde), permitir que o paciente faça uso de sua autonomia e retorne para o seio de sua família, a fim de que ali encontre carinho, acolhida e viva seus derradeiros momentos em meio aos entes queridos.

4.3.4. Paradigmas Possíveis para o Tratamento das Enfermidades

Quando uma doença se apresenta, é papel de todos os profissionais de saúde envolvidos com o tratamento de o enfermo buscar sua cura. Ainda que neste primeiro momento os olhos se devam voltar precipuamente para a agressão biológica ao organismo, obviamente, que também o sujeito deve ser ouvido, respeitado e tratado como tal, pois, conforme dito, o médico não trata somente a doença, mas a patologia, que inclui todos os sintomas subjacentes ao quadro.

É possível afirmar que este é o paradigma da cura, em que as atenções terapêuticas estão voltadas de forma contundente para o restabelecimento da saúde. Afinal de contas, as tecnologias surgidas não são malignas e devem ser usadas para o restabelecimento orgânico.

Mas, como sempre existe um tempo de nascer e outro de perecer, há um momento em que a medicina não tem nada a fazer, a não ser aceitar sua limitação técnica, oferecendo ao enfermo somente o máximo possível de alívio da dor e do sofrimento. Neste momento, o paradigma da cura seria abandonado e permaneceria somente o paradigma do cuidado. Se este fosse o quadro desenhado pela atualidade, ter-se-ia atingido o que poderia ser chamado de *ideal sanitário*. Contudo, diante das inúmeras possibilidades terapêuticas

trazidas pelos avanços experimentados pela medicina, associados à maneira disforme com que a morte é encarada pela modernidade, outro paradigma se abriu entre o da cura e o do cuidado: o paradigma tecnocientífico *puro*.

Nesta nova forma de lidar com a doença, o enfermo acaba sendo esquecido, ou então mal dimensionado, o que faz com que o sujeito simbólico sofra de forma desnecessária em seu processo de terminalidade. A tecnologia deixa de ser vista como auxiliar e se torna o ponto de partida e de chegada de todo o tratamento.

Não é possível o reducionismo de afirmar que o médico age de modo obstinado somente em decorrência da já constatada carência em sua formação acadêmica. Não raras vezes, temendo ser vítima de um processo judicial caro e desgastante, opta pelo prolongamento exagerado do processo de morte. A tensão entre o que o judiciário pode interpretar como abreviação da vida e o que vai ser considerado benéfico para a saúde (enquanto bem-estar global) do enfermo também tem contribuído para os excessos que às vezes se assiste (CALERA, 1994, p.720).

Contudo, como já demonstrado em momento oportuno, o processo de morte tem sinais que podem ser facilmente percebidos pelo profissional de saúde tecnicamente competente e humanitariamente bem resolvido. Ou seja, um profissional que faça da técnica um suporte para a busca da saúde e de sua condição de *frágil* um meio eficaz para a compreensão da fragilidade do paciente.

Hipócrates definiu o momento preciso em que é possível discernir o diagnóstico e o prognóstico do paciente e o denominou *krisis*. Neste instante, o olhar experiente do médico consegue observar uma mudança súbita no estado geral do paciente (para o bem ou para o mal) e consegue dirigir a condução terapêutica ou no sentido de cura ou no de cuidado (COMPARATO, 2007, p.533).

Diante dos problemas apresentados tanto em relação à abreviação da vida quanto ao que se refere ao prolongamento desmedido desta, haveria, então, algum modo de conduzir o paciente a uma morte digna, respeitando-lhe a autonomia e a vida? É o que se tentará responder no próximo capítulo.

4.4.

Ortotanásia

Ele nem sequer sabia que a vida nova não lhe seria dada gratuitamente, mas que ainda teria de comprá-la cara, pagar por ela uma grande façanha futura [...] Mas aqui começa uma outra história, a história da gradual renovação de um homem, a história do seu trânsito progressivo dum mundo para outro, do seu contato com a realidade nova, completamente ignorada até ali (DOSTOIÉVSKI, 1986, p.311).

4.4.1.

Considerações Iniciais

Conforme exposto até o presente momento, se, por um lado, há uma abreviação da vida no procedimento eutanásico, o seu oposto está no procedimento distanásico, que prolonga de forma injustificada o processo de morte. Em ambos os casos, a *morte acontece fora do tempo devido*, no primeiro pela abreviação e, no segundo, pelo prolongamento avalorado de um processo agônico de morte.

A vida tem um caráter episódico e não há meio pelo qual *negociar* uma pretensa infinitude terrena: o perecimento do corpo sempre ocorre. Talvez seja esta uma das razões ao apego excessivo à vida, ou seja, a certeza de sua efemeridade e a incerteza sobre o que esperar após o derradeiro momento.

Em meio às dúvidas que carrega sobre o que esperar após seu derradeiro fim, o ser humano demonstra, até mesmo por meio de suas legislações, que o *nada saber* sobre a morte faz com que ela seja negada até mesmo como castigo ao criminoso mais cruel. Não que a pena de morte não exista, mas é certo que ela é, quando aceita, a última *ratio* e nunca considerada uma pena humanitária.

A racionalidade obrigou que a idéia de Deus fosse negada, aliás, o homem se rebelou abertamente quanto a esta possibilidade, pois não seria possível, como advertiu Kierkegaard, pensar em uma divindade que cria alimentos para vermes tão caprichosos. O animal mais complexo é o alimento de um dos organismos mais simples (BECKER, 2007, p.113) e isto é verdadeiramente aterrorizante. O homem moderno *matou* Deus, é crítico ferrenho das ideologias que o movem e busca se segurar no vácuo de suas incertezas sobre o viver e o morrer.

Em meio a tanta *perdição*, Sócrates, citado por Anísio Baldessin, fornece um *bom conselho* sobre o que esperar após o evento final da vida:

Porque morrer é uma ou outra destas duas coisas: ou o morto não tem absolutamente nenhuma existência, nenhuma consciência do que quer que seja. Ou, como se diz, a morte é precisamente uma mudança de existência e, para a alma, uma migração deste lugar para outro (2005, p.57).

Em suma, ou a morte é o nada absoluto – onde também estarão ausentes a angústia e o desamparo existencial, ou, então, é a *passagem “desta para melhor”*. De todo o modo, a dor não estaria abrigada na morte, mas sim na vida (BALDESSIN, 2005, p.57). Assim concebida, ou (a) a morte seria boa ou, então, (b) não seria nada – o que também não deixa de ser bom para o homem, este ser em eterno conflito.

Obviamente que não se está aqui a fazer apologia à morte, mas sim, numa tentativa de torná-la menos apavorante, pois, quando isso acontece, a vida se torna mais satisfatória. Nas palavras de Lev Tolstói (2006, p.88), ao descobrir-se portador de uma doença que julgava incurável: *“nenhum homem que tem a infância atrás de si deveria esquecer-se da morte por um só minuto, tanto mais quanto a sua espera constante não só não envenena a vida, mas lhe empresta firmeza e clareza”*.

O contato permanente com a finitude possibilita ao homem decidir de forma sensata e justa sobre o modo pelo qual deseja ser tratado em sua terminalidade: tanto olhando para si, quanto para seus pares sociais. Reconhecendo a efemeridade da existência, o ser humano consegue também visualizar sua responsabilidade em relação à existência dos demais.

4.4.2. Conceito de Ortotanásia

Etimologicamente, ortotanásia vem de *ortós* (DE ANDRÉ, 1990, p.58), reto, correto e *thánatos*, morte. Querendo significar a morte no tempo certo. O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2001, p.2085) a define como sendo a *“morte natural, normal, boa morte, supositivamente, sem sofrimento”*. No contexto médico atual, se apresenta como o respeito ao bem-estar global do indivíduo, garantindo que o paciente em estado de terminalidade tenha sua decisão respeitada no tocante à condução do tratamento, com o fito de evitar que possíveis excessos terapêuticos acabem por aniquilar a dignidade do moribundo.

Precisamente, a ortotanásia se enquadra entre o procedimento distanásico e o eutanásico. É a busca de uma solução ética, a fim de evitar que princípios fundamentais se choquem. Na eutanásia, o princípio da inviolabilidade do direito

à vida estaria sendo desrespeitado; já na distanásia, o princípio da dignidade e, às vezes, o da autonomia, ficariam em segundo plano.

De acordo com Larrea Ortega (1996, p.15), ortotanásia pode ser definida como uma atuação correta, ante a morte que se apresenta como certa e inevitável, para aqueles que sofrem de uma doença incurável em fase terminal. Conforme afirma o autor, o termo é novo e pouco conhecido pelos leigos, sendo mais freqüente em ambientes acadêmicos, mas não significa, de modo algum, o oferecimento de uma nomenclatura nova a uma prática antiga.

Em Martin (1998, p.190-91) a definição é mais voltada para os caracteres humanísticos de que se reveste a ortotanásia. A ortotanásia permite que a morte não seja tratada como se fosse uma doença (como insta acontecer na cultura ocidental), por meio de uma integração entre o componente técnico e ético do agir médico, oferecendo ao enfermo o direito de receber tratamentos paliativos integrais, com alívio da dor e do sofrimento (na medida do possível), promovendo o seu bem-estar global. Em suma, assevera Martin, a ortotanásia é o direito de morrer de modo saudável, em um ambiente cercado de amor e carinho, enquanto se prepara para seu derradeiro fim.

O Conselho Federal de Medicina, por intermédio de seu presidente, Edson de Oliveira Andrade, em resposta à Procuradoria da República do Distrito Federal sobre a resolução que disciplina o agir médico diante do pedido do enfermo ou seus familiares para suspensão de tratamento extraordinário, se pronunciou no sentido de que a ortotanásia não seria um procedimento médico, mas sim o resultado do processo natural de uma vida que se extingue.²⁵

Para se considerar a ortotanásia, é preciso que (a) o processo de morte já se encontre instalado; (b) deve haver o consentimento do paciente ou de seus familiares²⁶; (c) não se deve buscar nem a abreviação da vida nem o prolongamento do processo de morte (d) o que pode se dar por meio tanto de omissão de tratamentos considerados extraordinários quanto pela suspensão destes (e) e com a imediata inserção de tratamentos paliativos integrais, visando aumentar a qualidade de vida do moribundo.

²⁵ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Parecer-Consulta nº.33.631/04.

²⁶ De acordo com Hewlett, citado por Muñoz & Fortes, para o consentimento, é preciso que (a) a informação repassada pelo médico seja compreendida pelo paciente, não bastando o mero uso da linguagem científica; (b) não sendo considerado um verdadeiro exercício de autonomia o uso de formulários padrões; (c) o sujeito ou o seu substituto devem ser competentes para o exercício do direito e (d) a não adesão ao tratamento deve ser voluntária (FORTES, Paulo A. Carvalho; MUÑOZ, Daniel Romero. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: *Iniciação a Bioética*, 1998, p.65-68). Acrescente-se, aqui, o fato de que o consentimento deve ser expresso.

Tudo considerado, é possível afirmar que a ortotanásia não busca abreviar a vida do enfermo. Sua finalidade seria a de fazer frente ao uso avalorado da tecnologia, em uma sociedade que vê a morte com estranheza. Tem o objetivo precípuo de ponderar o choque dos princípios da dignidade e da autonomia do enfermo frente ao princípio da inviolabilidade do direito à vida, todos direitos fundamentais.²⁷

4.4.3. Direitos Humanos e Fundamentais Frente à Ortotanásia

A necessidade de fundamentar o conhecimento é, antes de tudo, um imperativo no qual a ciência deve ser nortear, eis que o discurso desvinculado de argumentos substanciais acabaria por transformar qualquer discussão – principalmente nas ciências sociais – em mera retórica ideológica.

Sem qualquer pretensão de ter atingido o ápice da verdade absoluta, chamada sabiamente pelos chineses de *Zhen-Le*,²⁸ em contraposição à verdade factual e verificável, chamada *Zhen-She*, o presente trabalho busca oferecer suporte aos argumentos apresentados em favor da ortotanásia.

Ademais, seguindo os caminhos impressos nas páginas anteriores, seria contraditório pretender aqui se fundamentar uma *Teoria do Todo*. Se os traços característicos do ser humano são justamente sua fragilidade, instabilidade profunda e inacabamento essencial, não deve, como pesquisador do próprio ser humano e de seu ambiente, pretender encontrar a verdade *Zhen-Le*.

Se, até mesmo para as ciências exatas, Einstein, em discurso proferido na cidade de Buenos Aires, em 1931, admitiu a impossibilidade de se alcançar a verdade absoluta, não devem, então, as ciências sociais (que têm como objeto de estudo o ser humano), proceder de modo diverso. O chamado *princípio da incerteza* deve conduzir a ciência em todas as suas dimensões, sob pena de se tomar a parte pelo todo (*Apud*, FIGUEIREDO, C., 2002, p.317-20).

O que se pretende nas linhas vindouras não é trazer doses objetivadas de verdades a - históricas ou absolutas. Ao contrário, o desejo é apenas o de que o debate não cesse de acontecer. Ainda que não haja concordância com os posicionamentos adotados, é possível constatar, que todos os seres humanos

²⁷ Para Maria de Fátima Freire de Sá a ortotanásia se apresenta como *exercício regular da medicina*. (SÁ, Maria de Fátima Freire. *O Direito de Morrer: eutanásia, suicídio assistido*, 2005, p.135).

²⁸ Segundo os chineses, este tipo de verdade só é possível de ser alcançada por meio da transcendência divina, não seria dado ao homem conhecê-la, senão por meio da espiritualidade e da crença.

“seguem em direção a uma única e mesma coisa, pelo menos todos anseiam por uma única e mesma coisa, do mais sábio ao último dos bandidos, só que por caminhos diferentes” (DOSTOIÉVSKI, 2007a, p.122). Portanto, o caminho a ser apresentado parte de uma perspectiva na qual os direitos humanos devem ser plenamente realizados, eis que expressam um mínimo ético a ser respeitado por todas as nações e indivíduos, não implicando, todavia, que seja este o caminho verdadeiro.

4.4.3.1. Considerações Preliminares

A elaboração doutrinária dos direitos humanos foi precedida de uma fase anterior de positivações de direitos e liberdades individuais, que podem ser consideradas antecedentes (pré)históricos desses direitos. Assim, na Inglaterra do século XIII, encontra-se o primeiro documento que pode ser considerado o antecessor dos direitos humanos: a *Magna Charta Libertatum*, que é o pacto firmado entre o Rei João Sem-Terra, pelos bispos e barões ingleses, a fim de garantir aos nobres alguns privilégios feudais. Este foi o ponto de referência para o *habeas corpus*, o devido processo legal e a garantia do direito de propriedade (SARLET, 2007, p.49).

O artigo 1º da Declaração do ‘*Bom povo de Virgínia*’, de 16 de junho de 1776, é o primeiro documento solene que reconhece que os seres humanos são igualmente vocacionados ao aperfeiçoamento constante e que a busca da felicidade é a razão de ser para a declaração destes direitos. Duas semanas após esta Declaração, surgiu a Declaração de Independência Americana, com conteúdo parecido (COMPARATO, 2007, p.103-05).

No ato de abertura da Revolução Francesa, treze anos após a Declaração de Independência Americana, surgiu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), que reconhecia a liberdade e a igualdade de todos os seres humanos. A fraternidade, entendida como a organização solidária da vida em comum, só apareceu em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, resultado da Assembléia Geral das Nações Unidas.

José Afonso da Silva (1998, p.174) afirma que a primeira constituição a subjetivar e positivar os direitos do homem, dando-lhes concreção jurídica, foi a brasileira do Império, de 1824, sendo anterior à da Bélgica que não raras vezes é colocada como sendo a primeira.

Em seu livro *A Era dos Direitos*, Norberto Bobbio (1992, p.02) afirma que os direitos humanos são direitos históricos, que nascem no início da era moderna, ao lado da concepção individualista de sociedade e se tornaram o principal indicador de progresso histórico de uma comunidade.

Para Bobbio (1992, p.15-24), os direitos humanos são, por si só, desejáveis, não obstante não devem ser elevados à categoria de fundamentos absolutos, isto, segundo o autor, em razão de quatro dificuldades: (a) a expressão *direitos do homem* é demasiadamente vaga; (b) são direitos em constante modificação de conteúdo, a depender das condições históricas; (c) o rol dos direitos é heterogêneo, havendo, não raras vezes, até mesmo incompatibilidade entre os direitos ali constantes (d) e a possibilidade de antinomia entre os direitos invocados pela mesma pessoa e, neste sentido, dois direitos fundamentais antinômicos não poderiam ser fundamento absoluto.

Não resta dúvida da historicidade²⁹ dos direitos humanos, todavia, ela não precisa ser absoluta, podendo, ao seu lado, coexistir a defesa da existência de direitos considerados como sendo a expressão de valores absolutos. Até mesmo Bobbio admite tal hipótese, quando assevera que os direitos de não ser torturado ou escravizado são absolutos. Uma concepção historicista radical não admitiria a possibilidade de defesa de perenidade de certos direitos que, ao lado daqueles que se modificam ao longo do processo histórico, permanecem inalterados, eis que originários do próprio processo de formação da sociedade (MÖLLER, 2007, p.132-33).

A diferenciação entre direitos humanos e direitos fundamentais, comumente tratados como sinônimos, pode ser feita usando dois critérios: o critério espacial e o critério de efetividade.

Para o critério espacial, são direitos fundamentais àqueles positivados constitucionalmente no âmbito interno de um determinado Estado. Já os direitos humanos referem-se à categoria de direitos reconhecidos a todo ser humano, concebido como tal. Os últimos, por não vincularem nenhuma ordem constitucional específica, aspiram a uma validade universal, eis que dirigidos a todos os seres, sem qualquer distinção (SARLET, 2007, p.35-36).

No que se refere à efetividade, os direitos fundamentais, de acordo com Sarlet (2007, p.40), têm, em regra, maior grau de efetiva aplicação e proteção, uma vez que há instâncias internas (principalmente a judiciária) dotadas de

²⁹ Esta é a posição de direitos humanos adotada por esta pesquisa, mas não se desconhece que eles também são concebidos como valores éticos anteriores ao direito positivo e, nesse sentido,

poder para fazer respeitar e realizar estes direitos, o que não aconteceria com os direitos humanos, por possuírem um caráter supranacional.

Elucidativo exemplo da efetividade limitada dos direitos humanos é o Convênio Europeu de Direitos Humanos, que tem como objetivo central a criação de um entendimento europeu comum para a vigência dos direitos humanos. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos é o organismo máximo para a interpretação deste Convênio e suas interpretações são obrigatórias somente para os países signatários, portanto, têm um âmbito de '*jurisdição interpretativa*' limitada aos pactuantes (MARLEM, 1996, p.14).

Apesar da distinção, não se trata de termos excludentes ou incompatíveis, todavia, os direitos humanos, quando positivados constitucionalmente por um Estado, devem ser interpretados com vistas ao local que se destinam. Obviamente, digressões inválidas e abusos interpretativos não podem ser considerados, pois, a despeito da singularidade local, os direitos humanos visam a uma validade universal.

Esses direitos podem ser concebidos do ponto de vista formal, entendidos como sendo os direitos que o ordenamento constitucional fixou como tais. Ou do ponto de vista material, que são aqueles sobremaneira importantes, que nenhuma ordem jurídica poderia não protegê-los. No tocante à função, os direitos fundamentais podem ser analisados sob o ponto de vista subjetivo, no qual são concebidos como garantidores da liberdade individual e, atualmente, também garantidores dos aspectos sociais e coletivos da subjetividade. Ou do ponto de vista objetivo, que se caracteriza pelo fato de sua normatividade transcender a simples noção de aplicação subjetiva individual, sendo também orientadores da atuação estatal (PEREIRA, 2006, p.77-79).

A compreensão dos direitos humanos e dos direitos fundamentais positivados constitucionalmente no ordenamento pátrio, mais especificamente, os princípios da dignidade, da autonomia e da inviolabilidade do direito à vida, é de fundamental importância na compreensão do que pode ser juridicamente aceitável no contexto de *morte digna*.

Morrer com dignidade seria morrer sem dor? Ou sem qualquer sofrimento? Há uma autonomia que inclua também o direito de dispor da própria vida? No direito à vida estaria também incluída uma obrigatoriedade de viver? Quais os limites entre autonomia, dignidade e vida? Haveria modos de conciliar os princípios em choque ou, ao contrário, deveria ser dada ao indivíduo a

direitos naturais. (JAVIER, Lucas. *Una Nota Sobre El Concepto Y la Fundamentación de los*

possibilidade de escolher livremente o que deve ser entendido como uma *boa morte*?

Buscar responder a estas questões é o objetivo a que se propõe daqui em diante, tendo em vista que, conforme dito, (a) o homem não consegue lidar com sua finitude, (b) que houve um excesso de medicalização da morte e que (c) a fronteira entre vida e morte não é mais tão clara como antes, restando à modernidade tentar oferecer respostas éticas e jurídicas aos problemas éticos por ela criados.

4.4.3.2. Direitos Humanos para o Tratamento do Tema

A humanidade não evolui somente em termos biológicos, do homem *Neandertal* à espécie *Homo Sapiens*, o indivíduo se desenvolveu de modo extraordinário. No plano cultural, esta evolução abriu espaço para que o ser humano pudesse também interferir sobre a evolução biológica: não se trata de um desenvolvimento orgânico natural, como aconteceu no correr evolucionista, mas, principalmente, da manipulação, às vezes inumana, do ser humano, pelo próprio ser humano.

Os prejuízos à parte simbólica do indivíduo em decorrência da excessiva manipulação de sua parte biológica não cessam de aparecer. O surgimento de unidades de terapia intensiva, da possibilidade de ressuscitar um corpo já morto e das inúmeras drogas que passaram a garantir mais quantidade de vida, ao lado de exames de última geração, faz com que o ser humano, em alguns momentos, seja visto como um objeto de manipulação para a cura e não um ser *total*. Isso para não citar questões como a manipulação do genoma humano, a reprodução assistida, a manutenção artificial de anencéfalos, dentre outras trazidos pelo conhecimento científico.

Às questões ético-jurídicas advindas do excesso tecnológico, os direitos humanos, desde que bem interpretados, oferecem um bom suporte teórico e prático, uma vez que demonstram aquilo que de mais importante as sociedades elegeram como digno de garantia. Sem nunca se olvidar, tendo em vista sua pretensão de validade universal, que estes direitos devem ser cuidadosamente manipulados, sob pena de seu errôneo entendimento conduzir a absurdos interpretativos de grave monta.

Os erros na ordem das ciências naturais não fazem com que uma sociedade não seja grande e próspera, mesmo que eles sejam graves, pois, durante muito tempo, houve a crença de que o sol girava em torno da Terra e, nem por isso, a humanidade deixou de florescer. Todavia, se um erro desviar um país na ordem moral e política, não haverá outra coisa senão o desastre. “Os povos que não aceitam a disciplina dos princípios acabam por sofrer cedo ou tarde a disciplina da força” (BEUDANT, *Apud*, SOUZA, J. P., 1976, p.118).

A compreensão da realidade axiológica transformou o entendimento de toda teoria jurídica e os direitos humanos foram identificados como os valores mais importantes para a convivência humana, sem os quais o perecimento social é inevitável (COMPARATO, 2007, p.26-27). Portanto, é com vista nestes valores que todos os conflitos jurídicos devem ser solucionados, a fim de tentar fazer com que a justiça (compreendida como aspiração moral) seja o fim último de qualquer ordenação jurídica.

4.4.3.3. Regras e Princípios na Constituição Brasileira

Comparando-se a Constituição de 1988 com suas precedentes, é possível perceber que o tema dos direitos fundamentais mereceu uma disciplina mais abrangente. O processo de elaboração da Carta Magna de 1988 foi marcado pelo intenso debate social, oportunizado pelo processo de redemocratização.³⁰

De acordo com Ingo Sarlet (2007, p.85-86), a concepção de que os direitos fundamentais na Constituição Brasileira formam um sistema separado e fechado, não deve ser considerada, uma vez que é possível encontrar direitos fundamentais positivados em outras partes da Carta Magna, bem como em tratados internacionais e até mesmo não-escritos. Além disso, há uma diversidade muito grande, no catálogo de direitos fundamentais na Constituição Brasileira, que impede, a princípio, encontrar critérios abstratos e genéricos de identificação de conteúdo. Assim, o sistema de direitos fundamentais, na Constituição de 1988, não é um sistema lógico-dedutivo (autônomo e auto-suficiente), mas aberto e flexível, aberto a conteúdos novos, integrado ao restante da ordem constitucional e sujeito aos influxos do mundo circundante.

A Constituição de 1988 é composta de regras e princípios e, embora ambos estejam dentro do conceito de norma, a diferenciação é imperiosa para o

estudo dos direitos fundamentais. As regras regulam situações subjetivas de direito, havendo vinculação entre a conduta e o enunciado prescritivo (a) reconhecendo as partes envolvidas na relação jurídica, (b) fornecendo-lhes a faculdade de realizar certos interesses por ato próprio ou de outrem e (c) criando um vínculo jurídico entre as pessoas ou as entidades envolvidas na relação jurídica, obrigando a uma prestação (negativa ou positiva), sob pena de sanção (GUERRA, 2007, p.07).

Já os princípios seriam pertencentes à categoria de *direito pressuposto*, valorativo e informador do direito constante nas regras. Os princípios são orientações e diretivas, que possuem caráter geral e fundamental, podendo ser deduzidos do sistema jurídico e servem como orientadores aos aplicadores do direito (GUERRA, 2007, p.07).

Há também princípios que, deixando de ser meros orientadores, se convertem em lei e se tornam a base de todas as normas jurídicas (direitos fundamentais). Todavia, não há, entre os princípios e as regras, qualquer relação de hierarquia, ainda que infringir um princípio constitucional possa ser valorado de modo mais negativo do que infringir uma regra também constitucional. A violação de princípios coloca em xeque todo o ordenamento jurídico, pois eles são considerados disposições fundamentais, que irradiam sua força para todas as demais leis (GUERRA, 2007, p.08).

Para Alexy (2002, p.86-87), os princípios são mandamentos de otimização, aplicáveis em vários graus normativos e fáticos, enquanto as regras são normas que ou são cumpridas ou não são. Para o autor, a diferença entre princípios e regras é facilmente verificável quando há conflito.

No caso das regras, há a inserção de uma cláusula de exceção que elimina o conflito ou há a declaração de invalidade de, pelo menos, uma das regras. Assim, uma regra não é passível de gradação; ou ela é válida ou não é.

Já nos princípios, a solução não seria a mesma. Para Alexy (2002, p.89), como dito, princípios são mandamentos de otimização e, nesse sentido, é preciso verificar, no caso concreto, qual dos princípios deve ser utilizado para a solução do conflito, não significando, com isso, que haverá uma inserção de cláusula de exceção ou a declaração de invalidade do princípio. Se a questão de choque entre as regras é resolvida na dimensão da validade, o choque entre princípios é resolvido em sede de peso.

³⁰ O anteprojeto tinha 501 artigos e recebeu cerca de 20.700 emendas. Além disso, foi objeto de 122 emendas populares, subscritas, por, no mínimo, trinta mil eleitores (SARLET, I. W. *A Eficácia dos Direitos Fundamentais*, 2007, p.75-76).

Canaris (*Apud* GUERRA, 2007, p.13) afirma que os princípios podem entrar em oposição e colidir, pois não têm a pretensão de exclusividade. Para Guerra (2007, p.13), havendo choque entre os princípios, deve-se buscar uma solução que realize todos os princípios em choque, na medida em que eles não determinam o que deve ser, mas sim o que é o melhor a ser feito.

Os princípios surgem de uma idéia de alto grau valorativo e as regras são emanadas para lhes conferir concretude, devendo o intérprete buscar a constante plenitude dos comandos principiológicos (GUERRA, 2007, p.14).

Sarlet (2007, p.388-98) afirma que, apesar de o constituinte não enunciar claramente a vinculação pública e privada aos direitos fundamentais, como acontece na Constituição Portuguesa, isto pode ser extraído do enunciado que prevê a aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais, donde é possível a compreensão de que se tratam de mandados de otimização de sua eficácia. Assim, o poder público, além de atuar no sentido de concretização dos direitos fundamentais, deve lhes dar a maior eficácia possível. Os direitos fundamentais vinculam o legislador, tanto de modo negativo (proibindo a criação de leis que violem os direitos fundamentais) quanto de modo positivo (dever de realização dos direitos fundamentais, por meio de leis que propiciem sua concretude). Também os juízes e tribunais têm sua interpretação e aplicação das leis vinculadas aos direitos fundamentais.

Por fim, de acordo com Sarlet (2007, p.456-59), é possível o reconhecimento de um princípio implícito da proibição de retrocesso na ordem constitucional brasileira, deduzido (a) do princípio do Estado Democrático e Social de Direito, que impõe um patamar mínimo de segurança jurídica; (b) do princípio da dignidade da pessoa humana, que exige uma prestação positiva a fim de proporcionar uma existência digna para todos; (c) do princípio da máxima eficácia e da efetividade das normas definidoras de direitos fundamentais, que abrangem também a proteção dos direitos fundamentais já havidos; (d) das manifestações constitucionais no sentido de vedação a retrocesso, tal como a proteção ao direito adquirido, a coisa julgada e ao ato jurídico perfeito; (e) do princípio de proteção à confiança, condição nuclear do Estado de Direito, que impõe ao poder público a boa-fé nas relações com os particulares (que confiam na estabilidade e na continuidade da ordem jurídica) e (f) da necessária vinculação entre os atos anteriores dos órgãos legislativos.

Negar a vedação ao retrocesso seria, em última instância, possibilitar ao legislador, a despeito dos direitos fundamentais e das normas constitucionais em geral, o poder de criar regras livremente, mesmo em flagrante desrespeito à

vontade expressa do constituinte. Some-se a isto, o fato de no direito internacional haver uma recomendação para proteção e progressiva implementação dos direitos humanos, o que também impossibilitaria o retrocesso dos direitos fundamentais (SARLET, 2007, p.459-60).

Tudo considerado, os princípios são mandamentos de otimização que vinculam a administração pública, o legislador, o judiciário e, obviamente, qualquer intérprete, fornecendo a idéia de unidade ao ordenamento jurídico, ao irradiarem sua força normativa a todas as regras. Ademais, devem ser interpretados sempre levando em consideração a impossibilidade de retrocesso constitucional dos direitos e das garantias fundamentais.

4.4.3.4. Bioética e Direito Biomédico

Antes de adentrar propriamente às análises finais, é preciso frisar a diferença que existe entre bioética e direito biomédico ou biodireito.

Tradicionalmente, o direito médico se dedicava apenas à análise dos aspectos jurídicos envolvidos no exercício das atividades sanitárias, não somente a médica, mas todas aquelas envolvidas no tratamento da saúde. Devido à inserção, no campo sanitário, das *ciências biomédicas* e das *ciências biotecnológicas*, atualmente o direito biomédico compreende também essas novas relações jurídicas que nasceram em torno do antigo conceito (CASABONA, 2004, p.459-60).

Conceitualmente, direito biomédico é, segundo Casabona (2004, p.16), uma disciplina jurídica autônoma que possui natureza interdisciplinar. Em se tratando de sua interdisciplinaridade, o autor afirma que não é possível a análise de um problema biomédico tendo como foco apenas uma parte do direito, sendo necessária uma visão horizontal, na qual, além de todo o ordenamento jurídico, os direitos humanos, os conceitos médicos e técnicos básicos e a bioética, sejam levadas em consideração.

A bioética é um campo de estudo multidisciplinar, para o qual várias ciências convergem. Em sentido amplo, bioética é um ramo da filosofia moral que estuda as dimensões sociais e morais resultantes dos avanços científicos. É um potente instrumento intelectual de reflexão, elaboração de critérios de orientação e o ponto de partida para a tomada de decisões oponíveis contra o Estado, em caso de excessos (BARRETO, 2006, p.104-06).

Segundo Casabona (2004, p.14-15), há uma tendência atual em confundir o direito biomédico e a bioética. O autor não concorda com tal confusão, uma vez que problemas éticos, filosóficos, sociológicos, etc., não são, em sua visão, problemas propriamente jurídicos.

Em que pese o brilhante argumento do autor, a presente pesquisa não concorda com tal separação, pois compreende que, ao ser analisada uma questão do ponto de vista jurídico, nenhuma das outras dimensões subjacentes deve deixar de ser contemplada. Um problema social, filosófico, sociológico, etc., pode vir a se tornar um problema jurídico. Do mesmo modo, um problema jurídico provavelmente também envolverá outros de ordem social, filosófica, sociológica, etc. Ainda que se queira separar o direito biomédico da bioética, não haveria possibilidade de uma análise sem que os dois ramos estivessem estreitamente ligados. Não resta dúvida sobre o acerto da compreensão de Casabona, quando afirma que o jurista envolvido com a bioética deve ter uma visão horizontal do direito, mas isso não pode prescindir de uma visão ampla das questões envolvendo a bioética.

Villas-Bôas (2005, p.110-13) afirma que a expressão biodireito surge de uma tentativa de unificar o tratamento jurídico de temas tradicionais da bioética, tomando como pressuposto de análise somente a dogmática. A bioética transcenderia a análise estritamente jurídica, enquanto o biodireito estaria diferenciado do termo bioética, tão-somente em razão da abordagem do problema apresentado, não do seu conteúdo. Contudo, a autora não concorda com este posicionamento, afirmando que uma visão unilateral (estritamente jurídica do problema) acabaria por empobrecer a discussão.

O direito positivo, os direitos humanos e a bioética devem caminhar lado a lado, pois qualquer intervenção sobre a pessoa deve, necessariamente, se subordinar aos preceitos éticos e jurídicos.

4.4.3.5. Princípio da Dignidade

Poucos são os consensos teóricos contemporâneos, mas, se é possível afirmar que exista um, ele se refere à noção de valor essencial do ser humano. Mesmo que, algumas vezes, restrito ao discurso e que existam várias concepções possíveis de serem abarcadas pelo conceito de dignidade (às vezes até mesmo contraditórias), é no reconhecimento de que o ser humano é um fim

em si mesmo que quase todos os ordenamentos jurídicos ocidentais estão assentados (BARCELLOS, 2002, p.103-04).

Recorrendo à história, é possível vislumbrar a idéia de ser humano dotado de valor inerente à sua condição de humano na Grécia, no período denominado *axial* (de VIII a II a.C.). Neste momento, há uma substituição das explicações míticas acerca do mundo, pelas conceituações racionais advindas da lógica. Para Comparato (2007, p.08-12), apesar das inúmeras formas de segregação social havidas na sociedade neste momento histórico, foi aqui que pela primeira vez o homem foi analisado em sua igualdade essencial e visto como um ser dotado de liberdade e razão.

Com o advento do cristianismo, foi inserida no mundo ocidental a idéia de amor fraterno e da igualdade no reino dos céus, diferentemente do judaísmo, que crê em uma *nação escolhida*, os cristãos passaram a pregar a igualdade essencial de todos os povos. Ainda que esta igualdade só valesse no mundo sobrenatural, uma vez que inúmeras desigualdades entre as pessoas eram até mesmo impostas por seus dogmas, não resta dúvida da validade do pensamento do cristianismo para a concepção de homens essencialmente idênticos - à *imagem e semelhança de Deus* (COMPARATO, 2007, p.17-19).

O desenvolvimento cultural do ser humano e, conseqüentemente, a elaboração de um novo conceito de pessoa,³¹ assentou a idéia do caráter único e insubstituível de cada ser humano. O ser humano passou a ser visto como dotado de valor próprio e, assim, possuidor de uma dignidade singularmente analisada. Dessa maneira, não somente a coletividade passou a ser compreendida como digna, mas, também, cada indivíduo teria uma dimensão de dignidade que lhe seria própria (COMPARATO, 2007, p.31).

Neste contexto, afirma Comparato (2007, p.31) que, por exemplo, *“nenhuma justificativa de utilidade pública ou reprovação social pode legitimar a pena de morte”*. Pois seria eticamente incorreto que o Estado usasse de seu aparelho a fim de condenar alguém à morte, conforme a Resolução nº. 2.857 da Assembléia Geral da ONU, de 1971, na qual consta que o uso da pena de morte deve ser restringido ao mínimo, e, se possível, abolido, uma vez que feriria, além da inviolabilidade do direito à vida, à dignidade da pessoa (MAIA NETO, 2003, p.935).

A dignidade, de acordo com Alexandre de Moraes (2007, p.46-47), é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta na

autodeterminação consciente e responsável da condução da própria vida e requer o respeito das demais pessoas,³² constituindo um mínimo invulnerável que todo ordenamento jurídico tem o dever de assegurar. Desse modo, a dignidade apresenta-se em sua dupla concepção: (a) como um dever individual projetivo, em relação ao Estado ou a terceiros; (b) e como dever de tratamento igualitário pelos próprios semelhantes, devendo todos os cidadãos respeitarem a dignidade de seu semelhante, tal como deseja que sua própria dignidade seja respeitada, que pode ser traduzido em três princípios básicos: viva honestamente, não prejudique seu próximo e dê a cada um o que lhe é devido.

Para Comparato, a compreensão da dignidade suprema da pessoa é, em grande medida, reflexo da dor física e do sofrimento moral experimentado pelo homem durante sua existência histórica.

A cada grande surto de violência, os homens recuam, horrorizados, à vista da ignomínia que afinal se abre claramente diante de seus olhos; o remorso pelas torturas, pelas mutilações em massa, pelos massacres coletivos e pelas explorações aviltantes fazem nascer nas consciências, agora purificadas, a exigência de novas regras de uma vida mais digna para todos (COMPARATO, 2007, p.38).

A idéia de dignidade surge do sentimento de urgência frente aos problemas éticos apresentados pela existência, ora são mais correntes e essenciais em seus apelos, ora são menos, a depender do horror histórico que se apresenta.

A evolução da ciência médica, em que pese a quantidade de benefícios agregados, fez com que a modernidade passasse a enfrentar seus avanços também como um *surto de violência*, no sentido empregado por Comparato, uma vez que a possibilidade de aviltamento da parte simbólica do ser humano, em nome da cura *(im)possível* de sua própria finitude, passou a fazer parte do agir médico.

³¹ O desenvolvimento do conceito de pessoa será estudado em momento oportuno, quando a pesquisa tratar do direito a vida.

³² Neste sentido se manifestou o Tribunal Constitucional da Espanha: “a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e leva consigo a pretensão ao respeito por parte dos demais”. (SARLET, Ingo W. Dignidade da Pessoa Humana. Parte I e II. In:___*Dicionário de Filosofia do Direito*, 2006, p.218).

4.4.3.5.1. A Idéia de Dignidade em Kant e Dworkin

a) Kant

No pensamento filosófico, são atribuídos a Kant o entendimento e a formulação de que o ser humano seria sujeito de direitos universais, anteriores e superiores ao ordenamento estatal. Para a compreensão do entendimento do autor acerca da dignidade da pessoa, antes é necessária uma breve incursão em sua teoria da moralidade.

Para Travessoni Gomes (2004, p.119 e 127), na teoria kantiana, a fundamentação da moralidade não deve ser buscada no exterior, mas sim alcançada *a priori*, em conceitos puramente racionais. As leis da natureza, bem como as inúmeras inclinações humanas, não permitiriam a criação do dever moral genuíno.

Para que uma ação seja considerada moralmente válida para Kant, afirma Travessoni Gomes (2004, p.127), não seria suficiente a *concordância com o dever*, mas, acima disso, deve haver um *agir por dever*. Neste sentido, a motivação para o agir do ser humano seria o próprio dever, que teria o condão de gerar nele um sentimento moral. Não obstante, prossegue o autor, “*esse sentimento moral não é externo, não vindo da sensibilidade (inclinações); é o próprio respeito pela lei moral, que é o motivo da ação*”.

Em Kant, toda ação que tiver influência externa à razão não terá o poder de conduzir a uma *ação por dever* (uma ação moral genuína), mas, ao contrário, seria patológica. Não obstante, de acordo com Travessoni Gomes (2007, p.58-59), se para Kant a sensibilidade não deve ser fonte do dever, a lei dada pela razão tem como destinatário “*um ser que pertence a dois mundos: numeral e fenomenal. Não fosse o homem um ser sensível, a lei moral teria forma descritiva e não prescritiva*” e, apesar de não querido, é possível que ela seja desobedecida.

A vontade de se conduzir conforme o dever é o que Kant denomina de *vontade absolutamente boa* ou *boa em si*. Diferente do simples desejar (em meio às infinitas possibilidades existentes) é um agir voltado para a ação essencialmente moral (boa), sem qualquer outra finalidade.

Mas, de acordo com Möller (2007, p.76), a razão por si só não consegue determinar toda a ação humana; portanto, as ações objetivamente boas estão, a todo tempo, em confronto com ações subjetivas (e contingentes). Assim, se, por

um lado, há uma vontade objetivamente boa, ao seu lado também pode haver uma ação não necessariamente boa, fruto da contingência. Para solucionar esta questão é que Kant formulou o seu imperativo categórico, a fim de representar uma ação objetivamente necessária *per se*, sem relação de finalidade ou propósito. Imperativo, por ser uma ordem, absolutamente insubornável e categórico, por valer para todas as situações.

O imperativo categórico kantiano prescreve: *“age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal”* (GOMES, 2004, p.122). Desse modo, um ato moral (que se conforma com a ação e com o dever, resultado de uma vontade pura) é o ato que pode ser compreendido como lei universal. O ato, fruto das inclinações, não poderia, segundo Kant, ser considerado como uma lei universal, estando, pois, fora da esfera de moralidade. Com esse tipo de agir, a pessoa não alcança outra coisa que não uma exceção para si própria, por meio de uma transgressão do seu dever moral.

Segundo Travessoni Gomes (2007, p.60), uma máxima só pode ser considerada uma lei universal, no sentido kantiano, quando não contradisser a si própria quando for universalizada. Em seu entendimento, uma máxima *“universalizada contradiz a si própria quando a eficácia da ação como método para alcançar seu objetivo seria destruída por sua prática universal”*. Assim, afirma o autor, se a mentira fosse usada como lei universal, ela não enganaria ninguém.³³

Em Kant, ao mesmo tempo em que a razão legisla para si própria, ela também se submete às leis que ela cria. Nesse sentido, é autora e destinatária da mesma. Seria nessa capacidade de ser um legislador universal que reside, segundo Möller (2007, p.77), a dignidade da natureza humana e racional. Segundo o Kant, *“a moralidade e a humanidade, enquanto capaz de moralidade, são as únicas coisas providas de dignidade”* (Apud, MÖLLER, 2007, p.77).

Para Comparato (2007, p.22), a dignidade do ser humano em Kant não consiste somente no fato de ele ser homem e não uma coisa, mas também no fato de que, por meio de sua vontade racional, só o ser humano vive em

³³ “O exemplo da falsa promessa para obter dinheiro rápido ajuda a visualizar melhor esse ponto. Se tomo a máxima que determina dever eu pedir dinheiro (sic) emprestado quando sei que não posso pagar, porque estou em apuros, percebo facilmente que ela não pode valer como lei universal sem contradição, pois se todos fizerem falsas promessas, ninguém continuará acreditando nas promessas, que deixam, portanto, de existir como meio válido para se obter dinheiro. Logo, a universalização da máxima é autodestrutiva daquilo que a própria máxima pressupõe: a validade das promessas”. (GOMES, Alexandre Travessoni; MERLE, Jean-Christophe. *A Moral e o Direito em Kant: ensaios analíticos*, 2007, p.60-61).

condições de ser autônomo e, assim, dar a si suas próprias leis. Daí porque, para Kant, o ser humano não teria um preço, mas sim dignidade. Cada um dos seres humanos tem um valor insubstituível que não pode ser valorado, senão como fim em si mesmo.

Os seres racionais dotados de dignidade (pessoas) são sempre fins em si mesmos, não podendo ser objetos de manipulação para a obtenção de qualquer resultado. É ao observar o ser humano como valor absoluto, como fim em si mesmo e objeto de respeito, que é possível, por meio da aplicação da fórmula da humanidade, reconhecer no ser humano a dignidade que lhe é inerente (MÖLLER, 2007, p.77).

A construção do pensamento kantiano parte da natureza racional do ser humano, na qual a autonomia da vontade,³⁴ compreendida como faculdade de determinar a si mesmo e agir em conformidade com esta representação, é o atributo característico dos seres humanos, e constitui o fundamento da dignidade da natureza humana (SARLET, 2006, p.213). Com base nesta premissa, Kant sustenta que *“o homem, e, de uma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não simplesmente como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade”* (Apud, SARLET, 2006, p.213), devendo sempre ser considerado como fim, tanto em sua relação consigo mesmo quanto em suas relações com terceiro. Assim, a dignidade não é algo outorgado ao ser humano, mas inerente à existência deste.

Korsgaard, citada por Travessoni Gomes (2007, p.61), afirma que, se aplicada a fórmula da humanidade (*“age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca como meio”*) em qualquer ação *“que dependa, para a sua natureza ou eficácia, da ignorância ou da fraqueza do outro”*, haverá uma falha no teste e, dessa forma, não poderá ser considerada uma máxima universalizável.

Em que pesem as críticas feitas à teoria kantiana,³⁵ de acordo com Möller (2007, p.77)³⁶, é inegável a sua contribuição para o pensamento moral e jurídico moderno, assim como, em muito, auxilia os debates bioéticos atuais em função da (a) concepção de uma moralidade pautada na reciprocidade, (b) na igual

³⁴ Este tema será objeto de análise em seguida.

³⁵ De acordo com Travessoni Gomes, as críticas mais comuns formuladas à ética kantiana seriam: (a) rigorosismo moral que pode acabar gerando extrema injustiça, o que retiraria a legitimidade de todo o sistema; (b) a confusão entre princípios *prima facie* e normas absolutas e universais; (c) idealismo ingênuo. (GOMES, 2007, op. cit., p.57-63).

³⁶ No mesmo sentido, COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*, 2007, p.23-27.

consideração entre os indivíduos, (c) na noção de dever para com os outros, que pode ser compreendida como a máxima que diz que uma ação moralmente valorosa deve ser passível de se tornar uma máxima universal, em que os indivíduos são vistos como fins em si mesmos e não como meios.

Para Sarlet (2006, P.214), é no pensamento kantiano que a maioria da doutrina – nacional e estrangeira – identifica as bases de uma fundamentação e, de certa forma, de uma possível conceituação de dignidade da pessoa.

b) Dworkin

Para Dworkin (2003, p.334) a expressão *direito à dignidade* pode ser usada de várias formas e em muitos sentidos pela filosofia moral e política, mas, entende o autor, que, no que se refere à terminalidade, *direito a dignidade* deve estar relacionado ao direito de não ser vítima de *indignidade*.

De acordo com o filósofo americano, há dois tipos de teorias sobre a dignidade: uma que toma como parâmetro os interesses experienciais e outra que toma como medida os interesses críticos.³⁷ No primeiro caso, a indignidade provocaria em suas vítimas grande sofrimento mental, pois veriam em suas vidas nada mais que um aglomerado de tormentos, uma vez que foram privadas de sua capacidade de experimentar aquilo que lhes era caro.

O autor não corrobora esta teoria, uma vez que ela não se aplicaria ao demensiado, pois, a partir de um momento de evolução do quadro clínico, o enfermo perde a consciência de sua individualidade e, conseqüentemente, de suas preferências. Dworkin (2003, p.337) entende que os valores que podem ou não refletir a dignidade são os abarcados pelos interesses críticos. “*O direito de uma pessoa a ser tratada com dignidade é o direito a que os outros reconheçam seus verdadeiros interesses críticos*”.

Assim, assevera o autor, o que parece mesmo ser importante na análise da dignidade são os interesses críticos, nascidos do juízo crítico de cada sujeito. Para Dworkin, se aplicada à idéia de *reino dos fins*, em que o indivíduo é tratado como fim em si mesmo e não como meio, a conclusão a que se chegará é a de que:

Assim compreendido esse princípio não exige que as pessoas nunca sejam colocadas em desvantagens a outras, mas sim que nunca sejam

³⁷ Já explicado em momento oportuno.

tratadas de maneira que se negue a evidente importância de suas próprias vidas (DWORKIN, 2003, p.339).

Assim, se de certo modo, a dignidade pode ser compreendida como uma questão convencional, em outro sentido, ela é o reconhecimento de que a sociedade admite a importância de cada vida, individualmente considerada e isso, segundo o autor, não é uma questão de convenção (DWORKIN, 2003, p.339).

4.4.3.5.2.

A Dignidade Humana no Pensamento Jurídico Atual

Direitos fundamentais, como salienta José Afonso da Silva (1998, p.183), são “*situações jurídicas, objetivas e subjetivas, definidas no direito positivo, em prol da dignidade, igualdade e liberdade da pessoa humana*”. Os direitos fundamentais, depois de positivados pela Constituição, fazem com que esta última deixe de se restringir à definição das normas de competência e organização do Estado, para se tornar uma *Constituição Principiológica*, que traduz os autênticos valores que antes pertenciam somente à esfera moral (MÖLLER, 2007, p.80).

Princípio, no sentido aqui empregado, significa *mandamento nuclear de um sistema* que, quando positivados, se constituem em normas fundamentais, que direcionam toda a orientação interpretativa do ordenamento jurídico.

A dignidade é um dos fundamentos do estado brasileiro, todavia, afirma José Afonso da Silva (1998, p.109), ela não pode ser compreendida se não se levar em conta sua amplitude valorativa, ou seja, seu amplo sentido normativo-constitucional. Dignidade não deve ser reduzida à mera defesa de direitos pessoais ou ser invocada para se construir uma teoria individualista, ignorando-a quando se referir às bases da existência humana.

Por não possuir um conceito fixo, válido indistintamente para todas as pessoas e em todos os lugares, a dignidade pode ser compreendida como uma categoria axiológica aberta, em um processo contínuo de construção e desenvolvimento (MÖLLER, 2007, p.81).

Conforme já dito anteriormente por Dworkin (2003, p.336), dignidade não é uma mera questão de convenção, mas, se ela tem um conteúdo em constante mutação, também é possível afirmar que é viável haver uma convenção sobre o que pode ou não ser considerado como digno em um determinado momento histórico e em uma dada sociedade.

A dignidade tem uma dimensão ontológica, mas, não necessariamente, biológica, no sentido de que dignidade não deve ser compreendida como uma qualidade biológica inata da natureza humana, geneticamente programada como a cor dos cabelos ou dos olhos. A dignidade seria, em uma sociedade com valores diversos, uma construção permanente, tendo em vista que ela não deve somente representar um apelo ético, mas sim uma imposição a ser observada pelos órgãos estatais e por indivíduo isoladamente considerado (SARLET, 2006, p.219), pois ela é base da própria constituição do Estado.

Prevalece hodiernamente a noção kantiana de que cada ser humano deve ser considerado digno, tendo em vista sua natureza racional de se conduzir em seus projetos existenciais e de felicidade e, de acordo com Sarlet (2007, p.221), mesmo que esta autonomia lhe falte ou, por qualquer razão, não possa ser considerada em toda sua amplitude, não significa que o ser humano não deve ser respeitado como um ser digno. Note-se, todavia, que uma ação moral, no sentido kantiano, não é aquela que toma os desejos individuais como parâmetro, mas sim aquela que pode se tornar uma lei universal. A dignidade em Kant faz referência à possibilidade de o ser humano criar suas próprias leis (autodeterminação), mas desde que comprometidas com uma idéia de legislador universal, ou seja, criadas a partir de uma vontade pura.

A dignidade não deve ser analisada somente no âmbito individual. Retomando a noção kantiana, Pérez Luño (*Apud* SARLET, 2006, p.221) sustenta que há uma dimensão de intersubjetividade da dignidade, pois o ser humano está em relação com os demais. Isso, segundo o autor, não importa em sacrifícios da dignidade pessoal em prol da comunitária, mas sim na constatação de uma noção de dignidade que vai além da noção puramente ontológica.

Importa em considerar uma visão de caráter instrumental, na qual existe uma noção de dignidade de todas as pessoas, fundada em uma participação ativa de todos na *magistratura moral* coletiva e não somente restrita a uma idéia de autonomia individual. A perspectiva intersubjetiva da noção de dignidade implica em uma obrigação geral de respeito pelo indivíduo, traduzidas por um conjunto de bens indispensáveis para o florescimento humano como um todo e não somente de uma parte da sociedade.

A lição de Habermas é de suma importância neste contexto, pois a dignidade da pessoa, em uma acepção moral e jurídica, encontra-se vinculada à simetria das relações humanas interpessoais, marcadas pela recíproca consideração e respeito, de modo que apenas no espaço público da comunidade da linguagem o ser natural se torna um indivíduo dotado de racionalidade. A

dignidade deve ser, pois, compreendida sob a perspectiva relacional e comunicativa, que permite a comunicação moral entre todos os seres humanos (SARLET, 2006, p.222).

Salientando que a dignidade é um conceito aberto, mas que necessita ser minimamente objetivado, a fim de trazer certo grau de segurança e estabilidade jurídica, Sarlet (2006, p.223), propõe um conceito de dignidade no qual ela é (a) vista como uma característica do ser humano, (b) que o faz merecedor do respeito e da consideração de todos os outros seres humanos e do Estado, (c) implicando em um complexo de direitos e deveres fundamentais que (d) assegure a pessoa contra qualquer ato degradante e desumano, (e) a fim de proporcionar condições mínimas de existência para garantir uma vida saudável, (f) além de promover a participação ativa e responsável nos destinos da existência e da vida em comunhão com os demais.

Assim compreendido, o conceito de dignidade não é, como desejam alguns, algo puramente retórico, no qual caberiam quaisquer interpretações, pois, ainda que se pautar na melhor resposta possível ou na única resposta correta, sempre haverá o repúdio ao arbítrio hermenêutico. A dignidade é uma idéia vinculada a uma comunidade constitucional, contrária a qualquer tipo de reducionismo em sua compreensão.

4.4.3.6. Liberdade, Autonomia e Direitos Humanos

O conceito de liberdade não é unívoco, podendo assumir inúmeros significados, tais como autodomínio, ausência de coação externa, possibilidade de participação na vida pública, vontade livre, livre-arbítrio e capacidade de autodeterminação (MENDES, 2006, p.534).

Desde que foram feitos os primeiros relatos históricos do ser humano em sociedade, a idéia de liberdade sempre o acompanhou. Em seu nome mataram-se reis, mudaram-se sistemas de governo, nações foram dizimadas e inocentes foram para o cadafalso. Mas, o que é mesmo liberdade? O quê em seu conteúdo faz com que ela seja tão fascinante? E, melhor, o homem seria mesmo capaz de viver completamente livre, exercendo com plena autonomia sua vida? Ou Kierkegaard tinha razão quando afirmava que a grande angústia do ser humano é ser livre?

Responder a estas questões não é o objetivo deste trabalho, eis que somente um estudo apartado daria cabo de tentar fornecer algum indício de

resposta, mas, ainda assim, muito provavelmente, precário. Desse modo, o tópico será explorado na medida ideal para o tema aqui proposto, sem adentrar demasiado às questões de ordem conceitual e filosófica que envolvem o tema da liberdade.

Para o pensamento clássico, o núcleo axiológico da liberdade é a idéia de autonomia, ou seja, a possibilidade de obediência somente às regras pelo sujeito editadas. Desse modo, uma sociedade seria livre na medida em que ela obedecesse às leis por ela concebidas e que estas leis também fossem válidas para os governantes.

A partir do final do século XVIII, após as declarações de direitos humanos, foi estabelecida uma diferenciação entre liberdade pública e as liberdades privadas, como instrumentos de defesa do cidadão contra os arbítrios estatais. Em virtude de um excessivo individualismo, a idéia de que a liberdade era composta por duas dimensões foi sendo alterada, permanecendo no ser humano a noção de que, em nome de suas liberdades individuais, pouco importava sua liberdade pública (COMPARATO, 2007, p.65).

[...] a hegemonia da racionalidade técnica já não permite que o pensamento acerca da vida prática, que os antigos denominavam *discernimento*, realize-se numa instância autônoma, gerando parâmetros de conduta tais que resultassem numa manutenção da densidade do espaço público, isto é, o plano das relações sociais e da ação política. A esfera da vida prática esvaziou-se na medida em que a liberdade, nas sociedades capitalistas modernas, passou a ser considerada simples possibilidade de se decidir individualmente sobre assuntos privados (SILVA, F. L., 1998, p.33)

Em decorrência da miopia trazida pelo entendimento desvirtuado do sentido de liberdade, e a fim de oferecer uma saída para o excessivo individualismo, o movimento socialista trouxe a noção de *solidariedade* para complementar as faltas. A *solidariedade* prende-se à idéia de responsabilidade social de *todos* perante *todos*, que tem fundamento ético na chamada *justiça distributiva*, no sentido de compensação de bens e vantagens entre as diversas classes sociais, com a socialização dos riscos normais da existência humana (COMPARATO, 2007, p.65).

No que se refere aos direitos humanos, solidariedade se vincula aos direitos de terceira geração (paz, autodeterminação dos povos, desenvolvimento, meio ambiente equilibrado, qualidade de vida, conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e direito de comunicação). Eles se diferenciam dos demais direitos fundamentais por se desvincularem da noção de titularidade individual, destinando-se à proteção de grupos humanos, tais como a família, a

nação, o povo, etc. São chamados de direitos de solidariedade por possuírem uma implicação universal e exigirem esforços e responsabilidades coletivas para sua efetivação (SARLET, 2007, p.58).

4.4.3.6.1. Conceito de Autonomia

Autonomia é derivado do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei). Portanto, significa de autogoverno, autodeterminação, ou seja, é a capacidade que cada indivíduo tem de tomar em conta suas próprias *orientações*, a fim de gerir sua existência da maneira que melhor lhe convier. O sujeito seria autônomo para decidir o que pode ser considerado bom ou ruim, mal estar ou bem-estar e, de acordo com tal entendimento, se direcionar em suas escolhas sem a interferência externa. Diretamente relacionado ao conceito de autonomia está o de responsabilidade (FORTES & MUNHÔZ, 1998, p.57; MÖLLER, 2007, p.82).

O sujeito autônomo não está desvinculado das escolhas que vai fazendo ao longo de sua existência. Assim, a noção de responsabilidade acompanha cada atitude autônoma, não sendo possível falar em exercício de autonomia sem que a ele esteja também vinculada a idéia de responsabilidade pelas decisões.

4.4.3.6.2. Liberdade em Kant

Em Kant, a liberdade só é possível por meio da autonomia da vontade. A liberdade da vontade seria a expressão máxima da autonomia, no sentido de que é propriedade da vontade fazer lei para si mesma. O agir humano só decorre da idéia de liberdade. A ligação entre a vontade pura e as advindas das inclinações só é possível por meio da liberdade (GOMES, 2004, p.123), que deverá ter como parâmetro o imperativo categórico.

As escolhas (subjetivas) feitas pelos indivíduos devem sempre corresponder ao dever moral (necessidade objetiva), a fim de que a ação possa ser identificada como lei universal, de modo que todos os seres sejam tratados como fins em si mesmos e nunca como meios. O que conduz a tal escolha é uma vontade pura, conforme a razão, sem qualquer interferência da finalidade da conduta (sem interesses ou impulsos estranhos a vontade boa em si) (MÖLLER, 2007, p.83).

A idéia de que só é possível o conhecimento humano a partir da experiência continua sendo válida aqui. Todavia, Kant afirma que já que não é

possível fazer uma experiência prática da liberdade; é preciso pressupô-la. Neste sentido, os imperativos categóricos só são viáveis porque o homem consegue pressupor-se livre.

Desse modo, a idéia de liberdade tem que ser pressuposta como sendo uma propriedade da vontade de todos os seres racionais, não podendo ser demonstrada como algo real, uma vez que não é dado ao ser humano o conhecimento da coisa em si. Mas, de acordo com o filósofo, se não é possível conceber a liberdade em si, é perfeitamente cabível pensar acerca da liberdade. A consciência da liberdade nasce da necessidade objetiva de obediência ao dever, em oposição às inclinações individuais (MÖLLER, 2007, p.84).

De acordo com Kant, o fundamento da moral não estaria no prazer ou na felicidade (elementos externos à razão e que, portanto, não poderiam criar deveres), mas sim na idéia de liberdade, que fundamenta a existência de leis interiores (Moral) e exteriores (Direito), que tornam possível a convivência entre os diversos arbítrios (GOMES, 2004, p.123 e 144-45). No agir moral kantiano, está a constante busca entre *certo* e *errado*, mas esta distinção só é possível quando o ser humano ultrapassa suas inclinações.

Em Kant, há um único direito natural, a liberdade, que impele que o homem saia do *estado de natureza* e funde o Estado Civil. A coação não seria, assim, fundamento de validade do Direito (nem da Moral, uma vez que esta não é dotada de poder coercitivo), senão “*uma nota essencial das normas jurídicas, justamente para garantir o convívio dos arbítrios (usos da liberdade) mediante uma lei universal de liberdade*” (GOMES, 2004, p.142).

Para Kant, aquilo que *vale*, sempre decorre da lei moral, que tem como pressuposto a liberdade. Ela seria um valor transcendental, do qual a moral e o direito retiram seu fundamento de validade. A liberdade é autêntico valor, pois, *a priori*, independe das inclinações, sendo objetiva e universal, transcendendo toda a experiência (GOMES, 2004, p.149).

Isto só é possível por meio da idéia de que o ser humano possui um valor em si mesmo. É a partir desta compreensão que todas as decisões morais devem ser tomadas. A idéia de pessoa como fim em si mesma não implica somente o dever de não prejudicar, mas também o dever de favorecer a felicidade alheia que, segundo Comparato (2007, p.25), é a melhor justificativa para o reconhecimento dos direitos humanos, não só como liberdades individuais, mas também como diretivas políticas destinadas à plena realização do ser humano.

Na perspectiva kantiana, o dever de respeito à pessoa, que obriga com que ela seja tratada como fim em si mesma, advindo de sua autonomia (que lhe oferta dignidade), não permitiria, de acordo com Junges (2003, p.37), decisões que, embora aparentemente autônomas, reduzissem o sujeito a *coisa*, destituindo-o, em última instância, de uma personalidade e de sua dignidade.

A idéia de liberdade em Kant deve sempre vir acompanhada da noção de responsabilidade, pois o sujeito não é legislador só para si, mas para a humanidade. Como um ser autônomo, e responsável por dar a si suas próprias leis, ele deve guiar-se por uma vontade *pura* (livre das inclinações), caso contrário, não estaria agindo como um legislador universal, mas sim como alguém que cria exceções para si próprio.

4.4.3.6.3. Autonomia em Dworkin

Para o filósofo americano, direito à autonomia é comumente concebido como o direito a tomar decisões importantes para a definição da própria vida. Mesmo que as opções se apresentem como más escolhas, os sujeitos estariam agindo de modo autônomo somente quando pudessem atuar livremente na condução de sua existência. No caso de pacientes em terminalidade conscientes, segundo Dworkin (2003, p.316-17), o critério acima não apresentaria maiores problemas, todavia, ele se mostraria problemático para o tratamento dos demenciados.

Haveria, para Dworkin, dois modos de compreender autonomia: (a) ou se adota o critério comprobatório; (b) ou o da integridade. No caso do critério comprobatório, as decisões dos enfermos deveriam ser respeitadas, mesmo que imprudentes, pois, via de regra, a pessoa sabe melhor do que nenhuma outra o melhor para si. Este critério é bom, contudo, afirma Dworkin (2003, p.317), não salvaguarda a autonomia dos demenciados graves, que podem agir de modo diverso do que poderia ser considerado como sendo seu interesse fundamental.

Então, tendo em vista que os demenciados graves, ao perderem a *identidade*, podem acabar exercendo sua autonomia de modo diverso do esperado (de acordo com a vida que viveu), Dworkin propõe que o direito a autonomia nestes deve representar a expressão de seu caráter (valores, compromissos, convicções, interesses experienciais), o que é possível por meio da análise do sentido de *integridade* em sua existência.

A concepção de autonomia centrada na integridade não pressupõe que as pessoas competentes tenham valores coerentes, ou que sempre façam as melhores escolhas, ou que sempre levem vidas estruturadas e reflexivas. Reconhece que as pessoas frequentemente fazem escolhas que refletem fraqueza, indecisão, capricho ou simples irracionalidade (DWORKIN, 2003, p.319).

Conforme exposto pelo autor, não são as boas ou as más escolhas que vão direcionar o que pode ser compreendido como integridade, mas tão-somente a análise da vida do enfermo, tanto em relação às boas quanto em relação às más escolhas que foi fazendo no decorrer de sua existência. Nesse sentido, quando as decisões de um enfermo razoavelmente demensiado, refletir o sentido de integridade de sua vida que, grosso modo, teve uma existência permeada de contradições e escolhas autodestrutivas, de acordo com o entendimento de Dworkin, estas deveriam ser levadas em consideração, eis que refletiria o senso de integridade *daquela* vida.

A possibilidade de se opor a uma decisão de alguém incompetente só aconteceria quando sua escolha atual não refletisse de modo algum o sentido de integridade de sua vida. Caso contrário, ainda que o desejo do paciente seja o de se destruir, ninguém poderia impedi-lo de levar adiante seu intento.

4.4.3.6.3.1. Possível Crítica

Em que pese a profundidade da obra do filósofo norte-americano e a coragem ao enfrentar o tema da finitude humana e, além disso, as grandes contribuições para o pensamento bioético atual, sua obra leva em consideração somente o conceito de liberdade individual e olvida-se quase que completamente do de liberdade pública.

São as filosofias morais niilistas que concebem uma liberdade sem qualquer limitação. Se não há bem ou mal objetivamente considerados, de acordo com os niilistas, então, toda e qualquer escolha seria viável e, como consequência, liberdade não significaria mais do que o direito de somente fazer ou deixar de fazer aquilo que, de alguma forma, seja vantajoso para si.

Vista dessa forma, a liberdade seria uma absoluta e inesgotável fonte de direitos, impedindo até mesmo a existência do ordenamento jurídico, da sociedade ou do Estado, pois a decisão sobre o bom e o ruim, o justo e o injusto seria, em última instância, decorreria da perspectiva individual de cada ser humano. Qualquer lei ou decisão judicial que, de alguma forma, viesse a

restringir a liberdade, não poderia ser considerada como válida, pois contrariaria sua liberdade.

A democracia só é viável graças ao sentimento de identificação e solidariedade entre os membros da sociedade e é isto que faz com que seja possível o respeito às normas e às instituições sociais, ainda que cada um obtenha benefícios diversos ao cumpri-las. As instituições sociais cultivam tradições, costumes, valores e ideais compartilhados que, quando não respeitados, conduzem ao modo natural de governo para os desgovernados: a tirania (DEVLIN, *Apud* MALEM, 1996, p.12).

A liberdade, como valor superior reconhecido pela lei, se faz efetiva nos direitos que a garantem concretamente e ela não deve ser usada como argumento para a negação de direitos ou para a violação do restante das leis. Assim considerada, segundo Larrea, a liberdade absoluta, e a autonomia sem regras, como sua expressão, escondem uma falácia, pois consideram a liberdade como um bem desligado de toda e qualquer referência de verdade e bem comum (LARREA, 1996, p.179).

Se confrontada com a teoria kantiana, a idéia de liberdade que tem como parâmetro somente a integridade da vida individualmente considerada não poderia ser compreendida como um exercício de autonomia. Em Kant, o que faz com que o ser humano seja digno é a sua liberdade, que possibilita que ele dê a si suas próprias leis. Todavia, não se trata de uma liberdade niilista, pois ela tem como instrumento o imperativo categórico, que obriga que uma ação, para ser considerada um autêntico exercício de autonomia, deve ser livre das inclinações e dirigida por uma vontade *pura*, na qual as vicissitudes do mundo circundante, bem como os tormentos pessoais, não sejam consideradas. Se quiser tratar de uma autêntica lei universal, fruto de um autêntico exercício de autonomia, que faz com que o ser humano seja considerado digno, essa lei não pode ser *contaminada* pelas percepções pessoais, mas sim, direcionada a todos, universalmente.

A liberdade absoluta, segundo Carnevalli (2003, p.18), renega a si mesmo e se autodestrói, fazendo com que desapareça qualquer valor comum e, de alguma forma, vinculante para todos. As declarações de direitos humanos não seriam mais que postulados teóricos, especialmente para aquelas pessoas que se encontram a tal ponto fragilizadas que não tenham como fazer valê-los.

4.4.3.7. Direito à Vida

O ser humano necessita significar sua vida e, para tanto, usa seus objetos pessoais, seus animais de estimação, seus filhos, seus amores, seus amigos, sua pátria, uma crença, etc. Sua história pessoal é única e irrepetível e sua vida pode ser analisada de modo singular, de acordo com a forma que significou sua própria existência. Não obstante, também é possível que o ser humano analise sua própria história por meio de seus antepassados, igualmente humanos.

Olhar para a história da humanidade faz com que seja possível aprender os limites éticos, técnicos e moralmente aceitáveis para conduzir a própria existência. Ao mirar figuras como Sócrates, Galileu, Napoleão, Gandhi, Hitler e Stálin, dentre outros inúmeros exemplos possíveis, o ser humano consegue, por meio destas vidas, olhar para sua e apreciar o que deve ser repetido e o que precisa ser evitado, a fim de que possa continuar sendo chamado de “humano”.

Por mais que o individualismo impere nas sociedades modernas, é preciso sempre levar em consideração que o indivíduo não vive só. Ele é parte de uma sociedade e isto lhe impõe determinadas obrigações (e não apenas direitos), a fim de possibilitar uma convivência mais harmônica. Há condutas que, ainda que queridas ou desejadas, do ponto de vista individual, se analisadas no âmbito coletivo, não serão merecedoras de acolhida, uma vez que entram em confronto com valores amplamente aceitos como fundamentais.

O direito à vida, constante na Constituição Brasileira, segundo José Afonso da Silva (1998, p.200), não deve ser avaliado somente em seu caráter biológico, mas também em sua acepção biográfica. Para o autor, vida é “*um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou gemação vegetal), transforma-se, progride, mantendo a identidade, até que muda de qualidade, deixando, então de ser vida para ser morte*”. Assim compreendida, segundo o constitucionalista, qualquer coisa que viesse a interferir neste processo contraria a vida.

A vida, protegida pelo art. 5º, *caput*, da Constituição de 1988, se entendida somente como capacidade biológica de sobrevivência, não alcançaria outra coisa que não o completo aviltamento da existência. O perfeito entendimento do mandamento constitucional só é possível por meio da compreensão de que a vida não é um bem absoluto, que deve ser mantida a despeito da completa fragmentação do indivíduo globalmente considerado.

Mas, da mesma forma, de acordo com Hireche (2007, [não numerada]), o bem jurídico mais importante é a vida, podendo ser considerado um *direito-mor*, que viabiliza a realização de todos os demais. Sem ela, salienta o autor, não haveria necessidade de ordenamento jurídico. Não é outro o entendimento de Moraes (2007, p.76), para quem a vida constitui-se como um pré-requisito para o exercício de todos os demais direitos.

Segundo Silva (J.A., 1998, p.201), a vida constituiria a fonte primária de todos os demais bens jurídicos, pois, assevera, “*de nada adiantaria a Constituição assegurar outros direitos fundamentais como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana num desses direitos*”.

O direito a vida humana é uma das maiores idéias da nossa civilização e sobre ele se assenta toda a moral médica (ROBERT, *Apud* SILVA, J. A., 1998, p.201). E é com base no respeito à vida, no direito inalienável de estar vivo, que a legislação penal pune quase todas as formas de interrupção comissiva ou omissiva do processo vital.

Afirma José Afonso da Silva que, quando da elaboração da Constituição de 1988, tentou-se incluir ali um “*direito a uma vida digna*”, que teve o objetivo primário de possibilitar o desligamento de suporte vital de enfermos em estado vegetativo persistente.³⁸ Entretanto, a idéia não foi levada adiante pelo temor de que situações diversas desta pudessem ser inseridas em um conceito tão aberto quanto o de “*vida digna*”.

A vida, além de ser de interesse do indivíduo, que pode decidir de modo autônomo a maneira pela qual deseja conduzi-la, é também de interesse estatal, pois ela é importante para a comunidade. O desinteresse pela vida, por parte do indivíduo, não faz com que o Estado também se desinteresse por sua proteção. De acordo com Silva (J. A., 1998, p.205-06), “*o Estado continua a protegê-la como um valor social e este interesse superior torna inválido o consentimento ao particular para que dela o privem*”.³⁹

³⁸ O Anteprojeto da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, dispôs, no art. 6º: “*Todos têm direito à existência digna*”. O relatório da Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher também considerava a hipótese de um direito a uma vida digna, com providências materiais, como o mínimo necessário para o seu exercício, o qual não figurou sequer no Projeto submetido ao Plenário da Assembléia Nacional Constituinte. (SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*, 1998, p.201-02).

³⁹ No mesmo sentido, o Tribunal Constitucional Espanhol afirmou que a vida é um valor positivo, que não precisa contar com a vontade dos titulares, o que, por si só, impediria de aceitar a morte como um exercício de autonomia. Outra sentença do mesmo tribunal, afirmou que cada pessoa poderia dispor da vida como bem quisesse e procurar sua morte, e esta disposição é só um ato que a lei não proíbe, mas não é um direito subjetivo que o Estado deve garantir. (CALERA, Nicolas López. *La Vida y la Muerte Ante la Ética y el Derecho*, 1994, p.722-23).

A jurisprudência brasileira não tem outro entendimento senão o de que a vida é um bem indisponível (e não absoluto), e que é dever do Estado sua proteção.⁴⁰ O direito à vida não deve ser argüido somente quando se pretende uma prestação positiva, tal como o fornecimento gratuito de medicamento, mas sim, também compreendido como um direito que também impõe limitações ao exercício e gozo de outros direitos.

4.4.3.7.1.

O Conceito de Pessoa para os Direitos Humanos

A idéia de que os seres humanos podem ser reduzidos a um conceito ou a uma categoria geral é algo recente na história e surgiu pela primeira vez com os postulados cristãos, que afirmavam haver, entre os seres humanos, uma igualdade essencial, a despeito das inúmeras diferenças (COMPARATO, 2007, p.19). Esta é a primeira fase histórica do conceito de pessoa.

A segunda fase ocorreu no século VI, quando *pessoa* era considerada a substância individual da natureza racional. A elaboração deste conceito parte de uma perspectiva mais substancial, na qual a pessoa é composta pelas substâncias espiritual e corporal (COMPARATO, 2007, p.19-20).

Na terceira fase ocorreu uma elaboração mais teórica acerca do conceito de pessoa, que foi concebida como portadora de direitos universais, anteriores e superiores a toda ordenação estatal. O maior referencial teórico deste momento é a obra kantiana, já oportunamente trabalhada na pesquisa.

A quarta fase aconteceu com a constatação de que o homem é o único ser vivo que dirige sua vida em função de opções valorativas. Único que pode, ao mesmo tempo, ser legislador universal e sujeito que se submete a estas mesmas normas. Neste momento, houve uma verdadeira reviravolta no pensamento jurídico, com a compreensão de que os direitos humanos refletiam os valores

⁴⁰ MORAES, Alexandre. *Direitos Humanos Fundamentais*, 2007, p. 78-79. (Poder Judiciário e Efetividade de Proteção ao Direito à Vida e à Saúde: STF – “Pacientes com esquizofrenia paranóide e doença maniaco-depressiva crônica, com episódios de tentativa de suicídio. Pessoas destituídas de recursos financeiros. Direito à vida e à saúde. Necessidade imperiosa de se preservar, por razões de caráter ético-jurídico, a integridade desse direito essencial. Fornecimento gratuito de medicamentos indispensáveis em favor de pessoas carentes. Dever constitucional do Estado (CF, art. 5º, *caput*, e 196)”. (STF – 1ª T. – Rextr. Nº. 393175/RS – rel. Min. Celso de Mello, decisão: 1-2-2005) Direito à Vida e Fornecimento Gratuito de Medicamentos: STF – “Paciente com neoplasia maligna cerebral – Glioblastoma multiforme. Pessoa destituída de recursos financeiros. Direito à vida e a saúde. Fornecimento gratuito de medicamentos para uso necessário, em favor de pessoa carente. Dever constitucional do Estado (CF, art. 5º, *caput*, e 196)”. (STF – 2ª T. – AgR 626.570-2/RS – rel. Min. Celso de Mello, Diário da Justiça, Seção I, 15 fev.2007, p.53); No mesmo sentido (STJ – 1ª T. – Resp 932330/RS – rel. Min. Teori Albino Zavascki, Diário da Justiça, 24 set. 2007, p.265); (STJ – 1ª T. – Resp 885416/RS – rel. Min. Teori Albino Zavascki, Diário da justiça, 08 out., 2007, p.222).

mais importantes para a convivência humana, sem os quais a sociedade não seria possível (COMPARATO, 2007, p.26-27).

A quinta e última etapa de elaboração do conceito de pessoa foi trazida pelo pensamento existencialista do século XX que, analisando as excessivas mecanização e burocratização da sociedade, acentuou o caráter único e inigualável da personalidade individual. O personagem social (com suas qualificações) não se confunde com a essência da personalidade humana e cada qual possui uma identidade única e inconfundível (COMPARATO, 2007, p.28-29).

Apesar de esse último ser o conceito mais recente de pessoa, isso não significa, de modo algum, que ele seja completo, pois a pessoa não é algo imutável e perene, sendo, por isso mesmo, um contínuo *de vir*. Tanto porque a personalidade humana é moldada pelo peso do passado (individual e coletivo), quanto porque a essência humana é evolutiva. Não é por outra razão que Heidegger diz que, enquanto viver, o ser humano é algo inacabado, vivendo em um constante processo de *vir-a-ser*. Assim, não poderia haver uma conceituação “*fechada*” para caracterizar um ser que tem como marca exatamente a incompletude.

4.4.3.7.2. Direito de Morrer e Direito a Uma Morte Digna

A Constituição Brasileira garante o direito à vida, e não o dever de viver qualquer tipo de vida em nome de uma pretensa sacralidade desta. Em uma sociedade secularizada o argumento da sacralidade da vida soa como imposição descabida. Afirma Junges (2006, p.305) que *“a argumentação que parte de uma visão sacral da realidade é logo desconsiderada no contexto sociocultural, e, por outro lado, a preocupação pela qualidade é algo que hoje faz parte culturalmente da nossa compreensão da vida”*.

Deixando de lado a idéia de que a vida é um dom de Deus e que, por tal razão, não deve ser violada, e concentrando apenas na vida como um valor jurídico, é possível perceber que é a própria noção de direitos humanos que impõe limites à sua disposição.

Há certas necessidades básicas que, a despeito das diferenças havidas nas sociedades, são idênticas para todos os seres humanos e é a partir da satisfação destas necessidades que se torna viável o florescimento pessoal e social. Os direitos humanos surgem exatamente a partir da noção de que, por

mais diferentes que sejam as perspectivas individuais ou de uma sociedade específica, sempre haverá valores que são por todos compartilhados. Entre estes valores, se encontra a proteção do direito à vida.

Há violações que atacam não só um indivíduo específico, mas a sociedade como um todo. A coesão social depende da garantia de que valores humanos básicos sejam respeitados; é só a partir disso que é possível afirmar que um indivíduo é parte integrante de uma sociedade (MALEM, 1996, p.13).

As duas grandes guerras mundiais e os horrores produzidos pelos campos de concentração demonstraram que a vida não deve ser apreciada como um bem absolutamente relativo. E, se a História é um palco para a aprendizagem do ser humano, suas lições não devem passar despercebidas, sob pena de a humanidade viver um *eterno retorno*. A idéia de inviolabilidade do direito à vida é um argumento uno que, se relativizado em demasia, acaba por justificar qualquer tipo de barbárie. Esta inviolabilidade não traz consigo a noção de sacralidade, mas a idéia de que se trata de um bem sem o qual nenhum outro se perfaz. Ao ser confrontado com outros bens jurídicos é recomendável que o direito à vida seja ponderado, mas não deixado de lado em nome de uma concretização absoluta de outro direito fundamental. A completa relativização do direito à vida pode abrir caminho para a repetição dos horrores históricos já vivenciados pela humanidade.

Como bem lembra Dallari (1998, p.238), não seria razoável que alguém se posicionasse contra seus próprios direitos, todavia, prossegue o autor, não são poucos os que, impelidos por sua própria miopia, buscam suas necessidades pessoais acima de quaisquer valores humanos, eliminando, dessa forma, qualquer barreira ética, o que acaba gerando violência e insegurança.

As fendas abertas pelas duas grandes guerras, advindas do egoísmo, dos excessos materialistas e da arrogância de alguns governantes, criaram terreno fecundo para a concepção de um novo tipo de sociedade, na qual os valores éticos e a proteção da pessoa humana se tornassem os principais objetivos, fundando, assim, uma convivência humana vinculada pela solidariedade (DALLARI, 1998, p.239).

4.4.3.7.2.1.

Princípio da Tolerância na Terminalidade

O direito de um paciente não se submeter a tratamento médico é decorrente da garantia constitucional de liberdade, liberdade de consciência,

inviolabilidade de sua intimidade e honra, além da dignidade da pessoa, que é fundamento da República (BORGES, 2007, p.232). A diversidade cultural deve ser enfrentada por meio da tolerância, em que as disparidades de valores devem se orientar pelo discurso da autonomia. Não é o caso do Estado deixar de se importar com a vida daquele que solicita a interrupção de tratamento médico ordinário, mas apenas o de admitir que o excesso de invasão na vida privada não é uma posição democrática. Afirmar que o sujeito tem autonomia para suspensão de tratamento de saúde, não é, de modo algum, dar-lhe o direito de morte.

O enfermo é tratado com dignidade quando suas decisões são ouvidas e respeitadas pela equipe que o acompanha. Cabe a ele decidir sobre os últimos momentos de sua vida. Informado sobre seu diagnóstico e prognóstico, o doente tem condição de optar entre ser ou não ser submetido a tratamento médico extraordinário. O respeito pela dignidade exige o reconhecimento de que algumas medidas são fúteis e não fazem mais que prolongar uma vida biológica, sem qualquer resultado positivo para o sujeito considerado enquanto tal (BORGES, 2007, p.233).

A não intervenção curativa na terminalidade não é uma forma de eutanásia, como bem salienta Borges (2007, p.233), uma vez que não provoca ou acelera a morte; ela é apenas o reconhecimento desta como parte da vida, a constatação da efemeridade humana. Hellegers, um dos fundadores do Instituto Kennedy de Bioética, afirma que *“perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra”*, sendo tarefa dos médicos acrescentarem vida aos anos e não o contrário (Apud PESSINI, 1990, p.106).

A tolerância é um princípio que não pode ser olvidado por aqueles que trabalham com a terminalidade, pois não são os valores ou crenças destes que conduzirão o moribundo em seus derradeiros momentos, mas sim a idéia de que o próprio doente tem o direito de ser dignamente tratado, de ter sua autonomia respeitada e sua vida preservada.

Tolerância tanto pode significar uma atitude de respeito em relação ao pensamento diverso quanto pode afirmar que as práticas e opiniões são possuidoras de igual valoração. Mas, se levada ao extremo, a tolerância conduz ao relativismo moral e, com isso, à completa desintegração social.

O fundamento da tolerância é o de que, às vezes, é preciso admitir transgressões morais menores, a fim de evitar as maiores e, como diria Aquino (Apud LARREA, 1996, p.196), os que governam em um regime humano toleram

alguns males para que outros bens não sejam impedidos, ou para evitar males maiores. Não obstante, como bem observado por Larrea Ortega (1996, p.197), a tolerância nada tem a ver com o maquiavelismo de fazer um mal para se obter um bem. Não impedir um erro não seria o mesmo que cometê-lo. Em todo caso, a tolerância não deve se basear (a) no *relativismo* de tolerar por acreditar que não há nada inequivocamente bom ou mal, (b) nem no *ceticismo* de tolerar por não vislumbrar critérios firmes que permitam distinguir o bem do mal ou o verdadeiro do falso, (c) nem tampouco no *individualismo ou indiferença pessoal ou social* que toleram por acreditar que não se pode legitimamente intervir na vida dos demais.

A autoridade pública pode deixar de reprimir um injusto, a fim de evitar que um mal maior aconteça, como é o caso da tentativa de suicídio, que não é punida por nenhum ordenamento ocidental, não por ser uma prática recomendável, mas sim, para evitar que o suicida tenha sua personalidade ainda mais fragmentada do que já se encontra. Todavia, ainda que a maioria dos membros de uma sociedade opte por legitimar como direito uma ofensa a um direito fundamental, isso não pode ser tomado em consideração, não por meio do princípio da tolerância. Pois é objetivo da autoridade pública proteger os abusos que possam surgir em nome de um conceito equivocado de liberdade.

Há alguns direitos que não estão condicionados ao desejo da maioria, sendo eles a própria razão de existir da sociedade; caso contrário, a lei a imperar seria sempre a *do mais forte*. Não convém nunca esquecer que Hitler chegou democraticamente ao poder e, durante seu governo, alcançou bons níveis de aprovação popular, o que não implica que suas condutas frente ao *III Reich* possam ser consideradas legítimas ou dignas de repetição.

A tolerância a ser seguida na terminalidade não se refere à possibilidade de cada um decidir sobre qual o momento que considera mais digno morrer, mas tão-somente uma imposição de que a autonomia do paciente seja preservada e que nenhuma terapêutica lhe seja imposta sem sua concordância. Para Möller (2007, p.152), não há uma imposição de um modo de morrer considerado digno, eis que não há como se chegar a um consenso universal sobre o tema, tanto havendo aqueles que desejam se submeter a tratamentos extraordinários, como aqueles que não desejam tratamento algum.

O direito de morrer com dignidade é uma reivindicação de respeito ao paciente em processo de terminalidade, no qual a pessoa é vislumbrada como tal e não como mero objeto de manipulação (PESSINI, 1990, p.106). O conteúdo do que pode ou não ser considerado uma morte digna é determinado pelo

moribundo, dotado de crenças e valores que lhe são próprios. Isso é uma atitude tolerante.

4.4.3.7.2.2. O Direito de Morrer Dignamente

Não são poucos os documentos de direitos humanos que reconhecem ao indivíduo a possibilidade de agir autonomamente e de ter sua dignidade respeitada.⁴¹ Em âmbito nacional, a Constituição de 1988 garante o respeito à autonomia e à dignidade, inclusive no final da vida, e, em seu artigo 5º, inciso II, dispõe que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante.

Em face dos direitos humanos, tanto seria complicado aceitar a possibilidade de abreviação da vida, quanto seria a de um prolongamento desmedido do processo de morte. E a ortotanásia se mostra como uma via na qual o ser humano é visto como detentor de direitos inalienáveis e inegociáveis. A decisão sobre o que pode ser considerado digno no processo de morte é fruto de uma decisão autônoma, em que a vida não é apresentada como um bem disponível, mas também não é imposto um processo de morte prolongado (devido aos avanços tecnológicos) à custa da dignidade do moribundo.

A primeira grande confusão que se faz é pensar que *morte* e *processo de morte* sejam a mesma coisa. Se entendido no contexto da filosofia de Heidegger, o *processo de morte* se iniciaria com o nascimento, pois é deste filósofo o entendimento segundo o qual o ser humano é um *ser-para-a-morte*.

Compreendido nos termos da discussão ora apresentada, o *processo de morte* se iniciaria quando não mais fosse possível dar tratamento terapêutico ao moribundo ou a) por ser inócuo, tendo em vista o estágio da enfermidade ou b) quando este tratamento se mostrasse mais maléfico que benéfico. Nos dois casos, o paciente encontra-se em *estado de terminalidade*, mas não houve termo da vida ainda.

⁴¹ Dentre eles, Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966); Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964); Declaração de Nuremberg (1964); Declaração de Sidney (1968); Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente (1981); Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (1982); Declaração de Veneza sobre o Paciente Terminal (1983); Declaração de Madrid (I) sobre Eutanásia (1987); Recomendação de Hong Kong sobre o Estado Vegetativo Persistente (1989); Recomendação de Rancho Mirage sobre Cuidados a Pacientes com Dor Crônica Severa em Enfermidade Terminal (1990); Declaração do Genoma Humano e dos Direitos Humanos (1997); Convenção sobre os Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa (1999); Declaração Bioética de Gijón (2000) e, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO (2005).

Os adeptos de um pretense direito à morte desejam, então, um *processo de morte* (e não uma *morte*) digno. O que fazem os defensores do direito à morte é chocar o direito à vida com o da dignidade da pessoa, bem como o de liberdade, concluindo que a vida é um direito e não um dever e que o sujeito teria o direito de escolher autonomamente sobre sua própria extinção, tendo como base a dignidade da pessoa, preconizada como direito fundamental na Constituição Brasileira, bem como seriamente defendida nos direitos humanos.

Conforme lembra Ariès (2003, p.239), um dos problemas trazidos pela negação extremada da morte é a concepção de um estilo de morte em que a discricção aparece como a forma moderna de dignidade. A hora certa de morrer só é vista como digna para a sociedade moderna se ela for “*rápida*”, que não faça com que o moribundo seja um *objeto perturbador*, lembrando aos que o assistem que a efemeridade é condição do *Ente*.⁴²

Se for verdade que a vida não é um dever, também não poderia se falar em dignidade ou liberdade sem ela, o que significa que, a despeito de não ser um dever, ela é condição sem a qual nenhum outro direito pode ser respeitado. Decidir, em vida, sobre sua própria extinção, equivaleria a abrir mão do tão aclamado direito à dignidade dos enfermos em fase de terminalidade. A dignidade a ser respeitada se refere ao processo de terminalidade, não à decisão autônoma do indivíduo de decidir o momento de sua morte.

Antes de pertencer ao ordenamento jurídico, a *vida* é parte da sociedade e, nesse sentido, é, precisamente, um conceito moral. Conceber a vida como um bem disponível a qualquer momento, bastando para tanto o desejo do enfermo, é, no mínimo, desprezar que o cidadão, detentor de direitos e deveres, só é assim concebido enquanto pertencente a uma sociedade.

Uma máxima que não pode ser universalizada é, segundo Kant, contraditória. Ou seja, uma prática universal da ação, como método para alcançar determinado objetivo, seria a fonte de sua destruição. Assim, pressupondo como possível pensar na possibilidade do auto-extermínio (suicídio, suicídio assistido e eutanásia) valer como prática universal a fim de se garantir a dignidade do paciente moribundo, haveria a completa destruição da dignidade do enfermo no exato instante em que o óbito fosse constatado.

Por tal raciocínio, não há outra conclusão a não ser a de que a dignidade clamada é para o processo de morte. O intuito é de que ele ocorra com o mínimo sofrimento possível para o paciente em estado de terminalidade, mas não

⁴² No sentido dado por Heidegger.

abarca o direito de decidir sobre o momento em que ela deve acontecer, tendo em vista que a universalização da máxima é autodestrutiva daquilo que ela mesma pressupõe: a dignidade do sujeito.

A vida garantida constitucionalmente é a vida abstratamente considerada e não a conteúdo do que cada um considera como tal. O legislador não visou tornar indisponível somente a vida digna, conforme já salientado por José Afonso da Silva.

Por tudo o que foi analisado desde a primeira página desta pesquisa, é possível afirmar que o direito a uma morte digna é completamente diverso do simples direito de morrer e é dever do Estado proporcionar ao indivíduo, sem abreviações ou prolongamento da agonia por meio da obrigatoriedade de um tratamento fútil, uma morte digna.

Os critérios para garantia do direito à vida, à dignidade e à autonomia são estabelecidos no artigo 5º, da Constituição Brasileira, nos seguintes incisos: II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III – ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; IV – é livre a manifestação do pensamento; VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença; VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei; X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas; XXXV – a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito (BORGES, 2005, p.03) e no artigo 196, também da Constituição, que prescreve que a saúde (globalmente considerada) é direito de todos e dever do Estado.

Desse modo, não é possível admitir que o enfermo esteja obrigado a se submeter a tratamento extraordinário de saúde, podendo o paciente, inclusive, recorrer ao Judiciário para impedir qualquer intervenção terapêutica sem o seu consentimento. Mas, ao mesmo tempo, admitir que o paciente possa não aceitar tratamentos fúteis, mas obrigar que o médico os ministre, soaria um tanto quanto contraditório. Para haver possibilidade de ortotanásia, não basta que o paciente opte por ela; é preciso que os profissionais de saúde tenham segurança para se orientarem conforme o desejo do paciente.

4.4.4. Diferenciações Possíveis Entre Eutanásia Passiva e Ortotanásia

A confusão que se estabeleceu em torno do conceito de ortotanásia é, em parte, responsável pela sua não aceitação em alguns setores da sociedade, não faltando defensores de que a ortotanásia e a eutanásia passiva digam respeito à mesma coisa.⁴³

A distinção, longe de ser mera questão terminológica, ou como diriam alguns, *filigrana jurídica*, envolve a própria compreensão dos institutos. Enquanto permanece a confusão, vozes se levantam contra a ortotanásia, por considerá-la idêntica à eutanásia passiva e, assim, vedada pelo ordenamento jurídico pátrio.⁴⁴

Em momento oportuno já foi demonstrado que uma conduta constitui crime quando nela se fizerem presentes todos os elementos do tipo penal. Crime é um fato típico, antijurídico (ou ilícito) e culpável, e só depois de verificado todo o conteúdo de cada uma destas esferas é que se pode afirmar, com certeza, se houve ou não a ocorrência do crime.

Os elementos que compõem a tipicidade são: (a) conduta (dolosa ou culposa; omissiva ou comissiva), (b) resultado (naturalístico ou normativo), (c) nexos de causalidade entre a conduta e o resultado e (e) tipicidade formal + tipicidade conglobante (tipicidade material + antinormatividade).

Tanto na eutanásia passiva quanto na ortotanásia há uma conduta omissiva, seja suspendendo o tratamento já proposto, seja não administrando. Nos dois casos, há a intenção de interrupção ou de suspensão terapêutica, todavia, a finalidade da conduta nos dois procedimentos é completamente diversa.

Na eutanásia passiva, se busca *abreviar* a vida do enfermo com a omissão ou a suspensão do tratamento ordinário. Na ortotanásia, a suspensão ou a omissão não têm outra finalidade que não a palição da dor e do sofrimento, evitando que terapias inúteis prolonguem de modo desmedido a agonia dos momentos finais. A morte é decorrente da patologia previamente existente e não de conduta médica omissiva ou comissiva.

⁴³ Neste sentido, CALSAMIGLIA, Alberto. Sobre la Eutanásia. In: *Bioética y Derecho: fundamentos e problemas actuales*, 1999, p.159; MÖLLER, op. cit., p.38; SÁ, op. cit., p.39.

⁴⁴ FOLHA DE SÃO PAULO, de 05 janeiro de 2007, afirma que a justiça argentina está discutindo a ortotanásia para desligar o suporte vital do garoto Brian Andrade, de cinco anos, em coma desde abril de 2005, após ter sido atropelado. Grifou-se; Para Márcio Palis Horta, a idéia de que eutanásia passiva e ortotanásia são a mesma coisa trouxe uma formidável confusão aos debates (HORTA, M. P. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. In: *Revista de Bioética*, v.7, n. 1, 1999, p.31.)

Segundo Greco, dolo é “a vontade livre e consciente de praticar uma conduta prevista no tipo penal incriminador” (2003, p.200). Assim, faltando consciência ou vontade à ação não é possível falar em ocorrência de crime.

O médico que, a pedido de seu paciente, deixa de aplicar ou suspende terapêutica extraordinária que só teria por finalidade o prolongamento do processo de morte - eis que o mesmo já se encontrava instalado -, não age com dolo de matar. Antes pelo contrário, age com extrema consciência humanitária e com o desejo de significar a vida do moribundo nos últimos momentos que lhe restam (VILLAS-BÔAS, 2005, p.189). Em suma, dá-lhe vida, não uma vida qualquer, mas sim uma vida qualitativa.

Na ortotanásia, também não há assunção do risco do óbito do enfermo por parte do médico, uma vez que sua ocorrência já se mostrava iminente e as terapias possíveis seriam todas extraordinárias, e não teriam outro efeito que não o de prolongar o processo de morte.

Do mesmo modo, não é o caso de se pensar em ocorrência de crime culposos. Age com culpa o agente que deixa de observar um dever objetivo de cuidado. A culpa pode acontecer em razão de três formas de conduta: negligência, imprudência ou imperícia.

Não é negligente um médico que consegue compreender que saúde é um conceito global, estando aí inserido também o bem-estar psíquico, social, espiritual e emocional. Na conduta ortotanásica, o médico não deixa de fazer algo que lhe era imperioso; pelo contrário, compreendendo as variantes havidas no conceito de saúde, sabe sobrepesá-las e decide, de acordo com a vontade do enfermo, aquilo que lhe é mais caro. Não há também imprudência, pois seria imprudente se o médico quisesse, a todo custo, ministrar terapias que visassem apenas ao prolongamento desmedido do processo de morte, a despeito da vontade do doente se dirigir para o lado oposto. Quanto à imperícia, esta também não pode ser aventada, pois o reconhecimento de que a medicina tem limites é parte da arte médica. Desse modo, quando o médico deixa de administrar ao paciente medicamento que tem como finalidade apenas o prolongamento do processo de morte, na verdade, está demonstrando ser grande conhecedor da técnica e da arte da profissão que abraçou para si.

Por todo o exposto, não há que se falar em ocorrência de crime, pois não há tipicidade penal. Usando o conceito estratificado de crime, ter-se-ia que não haveria como chegar à análise da antijuridicidade nem da culpabilidade, uma vez que a ação do agente não conseguiu passar pelo primeiro teste (o da tipicidade), em função da inexistência de dolo ou culpa.

Não é outro o entendimento de Roxana Cardoso Borges, para quem o médico não é obrigado a prolongar o processo de morte por meio de tratamentos extraordinários, a menos que o paciente assim o tenha orientado. Em suas palavras:

A ortotanásia é conduta atípica perante o Código Penal. [...] A ortotanásia serviria, então, para evitar a distanásia. Em vez de prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), deixa-se que este se desenvolva naturalmente (ortotanásia). Maria Celeste Cordeiro dos Santos entende que o auxílio à morte 'é lícito sempre que ocorra sem encurtamento da vida', a autora chama a ortotanásia também de 'auxílio médico à morte', entendendo que 'o médico (só ele) não é obrigado a intervir no prolongamento da vida do paciente além do seu período natural, salvo se al lhe for expressamente requerido pelo doente (BORGES, 2007, p.236-37).

O auxílio que o médico dá ao moribundo na terminalidade é no sentido de que a ele seja dada uma morte menos agônica. A obrigação da medicina para com o doente, fora de possibilidade terapêutica, não é o prolongamento desmedido de uma vida que já dá sinais claros de extinção, mas sim a de cuidar do enfermo, a fim de que a dor e o sofrimento da terminalidade possam ser mitigados.

Conforme já explicado em momento oportuno, obviamente que não se está a falar em suspensão de procedimentos ordinários, ou na suspensão de qualquer meio artificial de sobrevivência, mas tão-somente em relação aos tratamentos extraordinários. Se houver a omissão ou a suspensão de terapias consideradas essenciais ou ordinárias, ou quando o processo de morte ainda não tiver se instalado, aí sim, poder-se-ia aventar a possibilidade de ocorrência de eutanásia.

Religiosos de todo o país já demonstraram apoio à ortotanásia (nos termos aqui propostos), dentre eles, D. Rafael Llano, presidente da Comissão para a Vida e a Família, da Congregação Nacional dos Bispos do Brasil e o delegado e secretário para a Promoção da Juventude da Confederação Espírita Pan-Americana, Marcelo Henrique Pereira, ambos partilhando o entendimento de que para uma pessoa cuja doença já se encontra em fase de terminalidade, seria moral, ético e religiosamente aceitável a suspensão do tratamento curativo e a inserção de cuidados paliativos para alívio da dor e do sofrimento.⁴⁵

Raciocínio idêntico ao feito quando da explanação da *terapia de duplo efeito* pode ser aplicável aqui: a abreviação do tempo de vida não é a finalidade da omissão ou da suspensão de tratamento extraordinário, mas, se esta ocorrer,

será em prol de um oferecimento de qualidade de vida ao enfermo em fase de terminalidade (VILLAS-BÔAS, 2005, p.80).

Nunca convém deixar de mencionar que, para que se possa falar em suspensão e omissão de tratamento considerado fútil, é imprescindível que ao moribundo se dê tratamento paliativo. Pois, se o que se busca com a ortotanásia é exatamente a preservação da dignidade do paciente; de nada adiantaria a suspensão do tratamento em que o moribundo seja entregue a sua própria sorte. Uma das características éticas mais notáveis da ortotanásia é exatamente a administração deste tipo de cuidado, pois é por meio dele que a dignidade na terminalidade é satisfeita.

Mas, ainda que seja entendida que a ortotanásia é uma conduta típica (o que esta pesquisa não corrobora), ela teria sempre uma causa justificadora para exclusão da antijuridicidade, seja pelo estado de necessidade, o estrito cumprimento de dever legal, etc. Esta pesquisa opta por, preferencialmente, admitir a causa de exclusão da antijuridicidade advinda do exercício regular de um direito. A regulamentação da prática médica é feita pelo Código de Ética Médica e o próprio ordenamento jurídico brasileiro admite que ao médico seja dado o direito de agir profissionalmente. A omissão de tratamento extraordinário, após apresentado este desejo por parte do paciente, é parte do agir médico (VILLAS-BÔAS, 2005, p.190).

Além das causas legais de justificação, é possível, ainda, falar em ortotanásia, devido à inexigibilidade de conduta diversa, que é uma causa supralegal de exclusão da antijuridicidade. De acordo com Dotti (*Apud* VILLAS-BÔAS, 2005, p.191), haveria um choque de deveres (de conservar a vida e evitar o sofrimento), resultando na escolha do que ele chama de *mal menor*. Esta idéia é fortemente criticada na Alemanha, tendo em vista que foi utilizada como argumento, durante o regime nazista, para justificar a eugenia.

Princípios como os da adequação social e da intervenção mínima também justificam a omissão terapêutica extraordinária, uma vez que o ordenamento jurídico deve admitir que as inovações tecnológicas para o tratamento da saúde acabaram trazendo consigo um processo de morte que pode se apresentar injustificadamente penoso e sofrido. Além disso, se a ortotanásia não fornece ao paciente ou aos seus familiares o direito de optar pelo momento de ocorrência da morte, não se está falando em eutanásia, o que elidiria a possibilidade de intervenção estatal que, principalmente em se tratando de direito penal, deve ser

⁴⁵ ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. "Religiosos apóiam resolução sobre a terminalidade da

mínima. Pela perfeita adequação ética e jurídica, à luz dos valores sociais e dos princípios constitucionais, se pronunciou o constitucionalista Luiz Roberto Barroso ao jornal Folha de São Paulo em dezembro de 2006 (*Apud* SIQUEIRA, 2007, p.04).

Assim entendida, na ortotanásia, a vida estaria sendo preservada, a dignidade garantida e a autonomia do enfermo seria a responsável pela condução de todos os procedimentos a serem ou não adotados em sua terminalidade, a fim de que a excessiva medicalização da morte não seja acrescida ao processo.

4.4.5.

Ortotanásia: direito ao exercício de autonomia, com preservação da dignidade e da vida

À guisa de conclusão é possível fazer coro com I. Kant e M. Heidegger e afirmar, juntamente com Pauperio (1977, p.89), que *“o valor acha seu fundamento último no ilimitado poder de uma liberdade que só se expande e se afirma plenamente no ato de estabelecer fins”*. As ciências biológicas interpelam a ética e o direito continuamente, cabendo a estes, por meio dos dados colhidos naquelas, fornecer parâmetros para as práticas científicas, uma vez que nenhuma ciência se opera em um vazio axiológico. Se a morte se tornou estranha à modernidade e as crenças nas possibilidades terapêuticas se agigantaram sobremaneira, o ser para o qual todo o conhecimento é dirigido não deve ser esquecido e é com vistas nele (concebido enquanto fim em si mesmo) que deve partir toda a tentativa de resposta.

Conforme exposto em momento oportuno, a liberdade total não conduz à outra coisa que não a desagregação social e a impossibilidade do convívio entre as pluralidades. Ademais, a liberdade, quando possibilita ao ser humano o exercício de autonomia, não quer, com isso, garantir que qualquer conteúdo seja válido para a norma que o indivíduo dita pra si.

Do mesmo modo, conceber a dignidade (que é um conceito em constante construção) como capaz de elidir a obrigatoriedade de proteção ao direito à vida é interpretar os direitos humanos de modo míope, partindo da não compreensão de que o ser humano é livre (e age autonomamente) apenas na medida em que seu agir pode se tornar uma lei universal.

vida”. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, jul. 2007, p.04.

A vida também não deve ser absolutizada, sob pena de se condenar o sujeito simbólico a uma infinidade de torturas, sob o argumento de que ela deve ser mantida a qualquer custo.

Durante quase todo o tempo se tem afirmado que a ortotanásia seria a ponderação diante do choque dos direitos de autonomia e dignidade frente ao direito a vida.

De acordo com Ana Paula Barcellos (2003, p.55), ponderar é uma técnica de raciocínio usada para apresentar solução em casos considerados *difíceis*. São considerados *casos difíceis* aqueles em que premissas maiores hierarquicamente idênticas e, não raro, contraditórias, indicam solução diversa, a depender da premissa que for considerada na análise.

Quando analisados os princípios constitucionais, não é recomendável que um seja escolhido em detrimento de outro, pois o *princípio da unidade*, segundo o qual as disposições constitucionais possuem hierarquia idêntica e devem ser harmonicamente interpretados, não indica este tipo de solução (BARCELLOS, 2003, p.55).

O choque entre o direito de inviolabilidade da vida e os da dignidade e da autonomia demonstra com clareza um *caso* que pode ser considerado *difícil*. Isso porque tratam-se de princípios igualmente importantes, hierarquicamente idênticos, e que, a depender da premissa adotada, o resultado será completamente diverso.

Se prevalecente a inviolabilidade do direito à vida, no qual ela se apresenta como um bem jurídico absoluto, analisado puramente em seu caráter biológico, não se chegaria à outra conclusão, senão a de que o procedimento distanásico é o mais indicado para o tratamento da terminalidade. Com isso, faz-se com que a autonomia, caso o paciente tenha solicitado a interrupção de tratamento inócuo e não tenha sido atendido, seja desconsiderada e a dignidade no processo de morte, completamente extinta.

Tomadas, ao contrário, a dignidade e a autonomia como prevalentes em relação ao direito à vida, a conclusão de que a eutanásia é possível seria imperiosa. Todavia, esta solução aniquila a vida, bem como sem a qual nenhum outro direito pode ser alcançado.

Tanto é possível que a ponderação aconteça em um caso concreto quanto ela seja feita de modo abstrato, em um caso hipoteticamente considerado. Barcellos afirma que as ponderações em abstrato são subsídios oferecidos pela doutrina que servem de parâmetro ao aplicador, transformando, não raras vezes,

casos *diffíceis* em casos *fáceis*. Além disso, proporcionam uma maior segurança e uniformidade na interpretação constitucional (BARCELLOS, 2002, p.59).

Por meio do entendimento de que (a) saúde é o bem-estar global do enfermo, que inclui as dimensões biológica, psíquica, social, espiritual, etc.; (b) que a tecnologia pode prolongar de modo descabido um processo de morte, por si só, já agônico e que (c) que o papel da medicina nem sempre é o de curar o enfermo, uma vez que a efemeridade é marca da condição humana, seria perfeitamente possível dar à ortotanásia o papel de integradora dos direitos fundamentais que estavam em tensão. A autonomia deve ser garantida por meio do respeito aos desejos do paciente e de seus familiares, obviamente, desde que estes não se colidam com o ordenamento jurídico. A dignidade trazida ao processo de morte, não por meio de uma abreviação da vida, mas sim por cuidados genuínos e efetivos, no sentido de mitigar a dor e aliviar o sofrimento da terminalidade. Por fim, o completo respeito à vida, deixando que a morte aconteça no tempo correto, sem abreviações ou prolongamentos inúteis.

À suma dos pontos anteriores, a ortotanásia se apresenta como uma saída viável, humanizada e constitucional para se tratar o problema da terminalidade e os conflitos éticos trazidos pela inserção tecnológica na medicina, bem como pela desmedida negação da morte.

Na ortotanásia a vida é considerada não como um bem absoluto, sobre o qual não haveria como transigir. Não há uma imposição de vida ao sujeito moribundo, mas sim a oferta de auxílio, por meio dos cuidados paliativos, para que o processo de morte aconteça de forma natural e o menos agônico possível, tanto no âmbito corpóreo como no psíquico.

Ao optar pelos cuidados paliativos, o médico responsável pelo paciente já deve ter esgotado todos os meios ordinários de tratamento indicados para o caso. Não se trata de um simples *deixar morrer*, mas sim da constatação de que há um momento em que nada mais pode ser feito pelo enfermo, a não ser trazer um mínimo de qualidade de vida para uma existência que já está se extinguindo. O tratamento só é interrompido após não haver mais meios para a cura ou para o prolongamento qualitativo e relacional da vida, quando os procedimentos implicassem somente em um prolongamento do processo de morte.

O que se busca na ortotanásia é pensar no sujeito como portador de vida, autonomia e dignidade. Mas não dignidade e autonomia voltadas para a decisão do momento da morte; elas são retrocedidas para o processo de morte, fazendo com que a vida, que também é um direito fundamental, não seja violada.

O reconhecimento da possibilidade jurídica da ortotanásia, tanto frente aos direitos humanos, quanto ao ordenamento jurídico pátrio, é fruto de um exercício no qual o futuro da humanidade não é deixado ao puro acaso, ou às forças cegas da natureza, mas sim resultado de uma prognose que tem como medida o intelecto, a vontade, a sensibilidade valorativa e o juízo ético. Isso pressupondo que cada ser humano carrega em si a possibilidade de conhecer seu *Ser* e que a sociedade deve estar sempre apta a responder de modo satisfatório quando as escolhas pessoais colocarem em risco a solidariedade e a continuidade da comunidade.

Como bem lembrado por Carneiro (1959, p.12), a solução para os problemas éticos não deve ser sentimental, pois nem mesmo os bons sentimentos devem ser senhores absolutos da conduta humana. A saída é normativa, correspondente a uma verdade objetiva das coisas. As normas dos direitos humanos não são frutos do romantismo, mas sim resultado da evolução histórica e do reconhecimento de que alguns direitos encontram-se na própria base do pacto constitucional. Ainda que, às vezes, os direitos humanos possam vir a impedir que o sujeito atue da forma como melhor *lhe* convier, eles são preferíveis (e podem se mostrar menos cruéis) que os sentimentos deixados à sua própria dialética.

Por esta razão, os direitos humanos não devem ser interpretados puramente como direitos individuais oponíveis a qualquer custo. Aqui é de grande valia o ensinamento clássico de Aristóteles, que ensinava que o ser humano deve cultivar a virtude pragmática da *phrônesis*, que os romanos traduziram por *prudentia*. Que pode ser concebida como uma virtude prática para as ações humanas guiadas pelo juízo ético. Para Comparato (2007, p.536), a humanidade tem dois caminhos: ou bem escolhe a dilaceração definitiva, na linha direta do apogeu capitalista, ou ruma para a justiça e para a dignidade, seguindo os caminhos traçados pelo ensinamento clássico de Aristóteles. Não havendo terceira via.

Nesse sentido, ou bem se admite que os direitos humanos são legítimos e representam um mínimo ético a ser preservado, pois representam, em última instância, a busca por uma aspiração de justiça; ou se assume uma completa relativização da vida social, em que eles não representariam nada além de *mais* uma visão de *bem*, dentre as várias possíveis.

Admitir e fomentar a ortotanásia é compreender que existam bens humanos básicos a serem preservados e que, tanto a absolutização interpretativa quanto a relatividade absoluta, não conduzirão a humanidade ao

florescimento. A crise contemporânea na compreensão da morte não deve conduzir a uma interpretação neurótica, niilista, hedonista, cética ou relativista dos direitos humanos que, acima de tudo, são um mínimo ético a que todo ser humano tem direito.

É de Heidegger a idéia de que um texto só é verdadeiramente apreendido quando o intérprete consegue alcançar aquilo que não foi escrito: por trás de palavras como *vida*, *dignidade* e *liberdade*, é possível apreender a história de uma civilização que, portanto, necessariamente, tem que ser considerada quando da interpretação.

4.4.6.

Legislação Brasileira sobre o Tema: projetada e em vigor

Neste momento a pesquisa sobre a viabilidade jurídica da ortotanásia já se encontra concluída, todavia, é recomendável a análise normativa que o tema já mereceu no Brasil. O presente trabalho não corrobora a tese de que a ortotanásia, nos termos apresentados no trabalho, careça de disciplina jurídica específica. Tendo em vista os direitos fundamentais, é perfeitamente possível que o paciente interrompa seu tratamento de saúde, bem como é, ética e juridicamente recomendável, que o médico os suspenda depois de demonstrado o desejo do enfermo ou de seus familiares. Ao paciente é dado o direito de não se submeter a qualquer procedimento de saúde, exemplo disso é que o médico não tem como obrigar um enfermo a permanecer internado sem sua aquiescência ou a de seus familiares (BORGES, 2007, p.232; SEBASTIÃO, 2003, p.245).

Cada uma das disciplinas normativas será analisada, a fim de demonstrar que o conceito de ortotanásia encontra-se equivocadamente concebido em todos os projetos legislativos já existentes no país.

4.4.6.1.

Anteprojeto de Reforma do Código Penal

Em 1984, quando da reforma da Parte Geral do Código Penal, havia também um anteprojeto de reforma para a Parte Especial que, conforme já frisado, não foi levada adiante. No artigo 121, haveria a inserção de dois parágrafos, assim redigidos:

Eutanásia

§ 3º Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima imputável e maior, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:

Pena – reclusão de três a seis anos.

Exclusão da Ilícitude

§ 4º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão (BORGES, 2007, p.238).

Da maneira como foi colocada no anteprojeto, o parágrafo 4º seria uma causa de exclusão de ilicitude ou da antijuridicidade. Greco leciona (2003, p.344) que, para poder se falar em ilicitude, é necessário que primeiro o agente tenha agido de modo contrário ao prescrito por uma norma (penal, civil, tributária, etc.).

De acordo com o princípio da intervenção mínima, não é qualquer bem jurídico que deve ser protegido penalmente, mas apenas os mais relevantes, a fim de que o direito penal não se preste ao papel de conter demandas sociais (NUCCI, 2003, p.19-25).

Quando uma norma penal protege um bem jurídico, sob ameaça de sanção, o faz por considerar que determinada conduta lesiona ou expõe a perigo este mesmo bem; se o sujeito insiste em praticar a conduta penalmente vedada, ele sempre comete um ilícito, desde que não amparado em alguma causa de justificação (excludente de ilicitude).

O que faz com que o direito se interesse pelo procedimento eutanásico é justamente a possibilidade de esta conduta colidir com um bem juridicamente protegido (a vida). Para se concluir que uma ação ou uma omissão é um fato típico, antijurídico e culpável, é preciso proceder a uma análise dentro do conceito analítico de crime.

Segundo afirma Zaffaroni (1991, p.37), o melhor instrumento para análise de uma ação ou de uma omissão é confrontá-las com cada um dos elementos que compõem a estrutura do crime. Neste sentido, para que seja possível a análise da antijuridicidade e da culpabilidade, antes seria preciso que a conduta ultrapassasse a análise da tipicidade.

O próprio anteprojeto já demonstra (*in abstracto*) que a eutanásia é considerada crime, quando descreve a conduta e lhe impõe uma pena. Assim, aquele que tiver como finalidade abreviar a vida de alguém, de acordo com o anteprojeto, cometeria um crime. Quando o parágrafo 4º é colocado como uma causa de exclusão de ilicitude, o que o anteprojeto faz é criar uma figura penal

diversa da ortotanásia, não resta dúvida que assemelhada, mas substancialmente diversa, conforme será demonstrado.

No anteprojeto, a conduta do parágrafo 4º seria típica, pois presentes (a) a ação ou a omissão; (b) dirigida à finalidade de abreviar a vida do enfermo; (c) apresentando o resultado naturalístico morte e (d) havendo um nexo de causalidade entre a conduta e o resultado.

Perfeitamente compreensível o preenchimento completo dos elementos da tipicidade, uma vez que, quando o anteprojeto fala em “*deixar de manter a vida por qualquer meio artificial*”, obviamente que é imperiosa a conclusão de que o paciente em estado vegetativo persistente também estaria ali inserido. Isso porque o que o mantém vivo é um meio artificial, sem o qual sua vida já teria se esvaído.

Tendo em vista que o enfermo em estado vegetativo persistente é considerado pelo ordenamento jurídico pátrio um ser humano vivo, a ação de retirada de suporte vital, ou a omissão em lhe submeter a este, com a finalidade de abreviação da vida e, uma vez obtido o resultado morte, preencheria todos os elementos do tipo. Não sendo punida a conduta nestes casos, em razão excepcionalidade que o anteprojeto emprestou ao caso, colocando-o como uma causa de justificação, ao lado do estado de necessidade, legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de um direito.

A ortotanásia, conforme já explicitado, não abarca a possibilidade de desligamento de “*qualquer meio artificial*”, como é o suporte vital, mas tão-somente a suspensão de terapias consideradas extraordinárias para o caso e que visem apenas prolongar um processo de morte já iniciado. O conceito envolvido no parágrafo 4º do anteprojeto (que ali não é chamado de ortotanásia) e o de ortotanásia não devem ser tomados como idênticos, sob pena de, novamente, ofertar aos problemas interpretativos o poder de matar em vida o sujeito simbólico.

4.4.6.2. Projeto de Lei do Senado Federal (n.116/2000)

O parágrafo 6º do Projeto de Lei de autoria do senador Gerson Camata, proposto no ano de 2000 e ainda em tramitação, tem conteúdo idêntico⁴⁶ ao

⁴⁶ Art. 1º Acrescentam-se os §§ 6º e 7º ao art. 121 do Código Penal (Decreto-lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940), com a seguinte redação: “*Exclusão da ilicitude*. § 6º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja o consentimento do paciente ou, em sua

proposto no parágrafo 4º do anteprojeto da Parte Especial do Código Penal. De acordo com o previsto para o parágrafo 6º, seriam requisitos para a configuração da ortotanásia os seguintes:

. *morte como iminente e inevitável*: conforme já exposto em momento oportuno, é preciso que o paciente ingresse no processo de terminalidade, que não tem prazo fixado, mas que pode ser verificado, tendo em vista a ocorrência de alguns pressupostos, tais como a falta de resposta à terapêutica curativa, a progressividade da doença e um prognóstico de morte breve;

. *iminência e inevitabilidade da morte, atestadas por dois médicos*: com a observação de que estes médicos não devem fazer parte da equipe que cuida do paciente, nem tampouco serem membros da equipe médica responsável pelo transplante de órgãos.⁴⁷ Apesar de a lei não ser clara no tocante a quem pode proceder a ortotanásia, é perfeitamente compreensível que somente ao médico é possível indicá-la, uma vez que a manutenção artificial da vida ou a indicação de terapias extraordinárias são responsabilidades médicas;

. *o meio para a manutenção da vida deve ser artificial*: ou seja, o médico não teria a obrigatoriedade de manter a vida do paciente por meio artificial. É preciso notar que a disciplina da ortotanásia, no projeto do Senado, também vai além do entendimento atual do que seria ortotanásia. Aqui se fala em *meio artificial* e, neste sentido, estariam abrigados os pacientes em estado vegetativo persistente, mantidos artificialmente por meio de suporte vital. Não é outra a conclusão que se chega ao ler a *indexação* do Projeto de Lei:

ALTERAÇÃO, NORMAS, CÓDIGO PENAL, FIXAÇÃO CRITÉRIOS, **AUTORIZAÇÃO**, DISCIPLINAMENTO, **EXECUÇÃO, MORTE, ORTOTANÁSIA, DESLIGAMENTO, APARELHO**, HIPÓTESE, PROGNÓSTICO, EVOLUÇÃO, DOENÇA, INDÍCIO, PRESENÇA, INUTILIDADE, VIDA, FASE TERMINAL, MANIFESTAÇÃO, VONTADE, PACIENTE, CONSENTIMENTO, AUTORIZAÇÃO, PARENTE, FAMÍLIA, CÔNJUGE, DESCENDENTE, ASCENDENTE, OBRIGATORIEDADE, COMPROVAÇÃO, ATESTADO MÉDICO.⁴⁸ (Grifou-se).

Neste momento, as mesmas considerações feitas quanto ao parágrafo 4º do anteprojeto são cabíveis. Todavia, o Projeto de Lei não se limitou à cópia do anteprojeto de reforma da Parte Especial, fazendo inserir um parágrafo 7º no artigo 121, assim redigido.

impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão" (Diário do Senado Federal, 26 de abril de 2000.

⁴⁷ BRASIL. Lei nº. 9.434/97.

§ 7º A exclusão da ilicitude a que se refere o parágrafo anterior faz referência à renúncia ao excesso terapêutico, e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte.⁴⁹

O Projeto de Lei, tanto quando apresenta o objetivo do mesmo quanto em sua justificação, chama o procedimento a que deseja disciplinar de ortotanásia. Conforme dito, o desligamento de suporte vital (que é um meio artificial de manutenção da vida) não se encaixa no conceito de ortotanásia, uma vez que a finalidade da conduta de quem desliga o meio artificial é a de abreviar a vida do enfermo.

No entanto, quando o projeto, em seu parágrafo 7º, faz menção à “*obstinação terapêutica*” bem como à “*omissão de meios terapêuticos ordinários*” leva a crer que está, neste momento, tratando da ortotanásia. O problema é que este parágrafo não é uma conclusão lógica do anterior, pois a possibilidade de desligamento de suporte vital não se encontra abrigado no conceito.

Deixar de manter a vida de alguém por “*qualquer meio artificial*” (como está no parágrafo 6º) não é deixar de administrar “*tratamento extraordinário*”, que são atitudes terapêuticas completamente diversas.

O que pode ou não ser considerado tratamento extraordinário já foi estudado em momento oportuno, para onde o leitor é remetido. Mas uma conclusão é certa, “*meio extraordinário*” não é a mesma coisa que “*meio artificial*”, que é muito mais abrangente, pois inclui também qualquer meio de intervenção médica que use aparelhos mecânicos artificiais para sustentar, reativar ou substituir uma função vital natural. Ao desligar este tipo de equipamento, não se estaria tratando de ortotanásia, mas sim de eutanásia ativa, onde é compreensível a exclusão da antijuridicidade, eis que preenchidos todos os elementos da conduta típica.

4.4.6.3.

Lei Estadual n.10.241/99 do Estado de São Paulo

Em 1998, o então governador de São Paulo, Mário Covas, foi operado após diagnóstico um câncer de bexiga. Em janeiro de 2001, seu médico particular, David Uip, fez o anúncio de que o governador tinha câncer na

⁴⁸ SENADO FEDERAL DA REPÚBLICA. Disponível em <www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=43807>.

⁴⁹ Enviado por e-mail pelo Senado Federal em resposta a mensagem eletrônica encaminhada solicitando os dados. Diário do Senado Federal, 26 de abril de 2000.

meninge. Em 25 de fevereiro de 2001, Covas foi internado e seu médico afirmou que não o levaria para uma unidade de terapia intensiva a pedido do próprio enfermo. Após o anúncio, o médico desabafou, dizendo que aquele era o momento de maior risco de sua vida profissional, eis que conduzir o paciente para terapia intensiva seria o esperado em uma cultura voltada para o prolongamento avaliado do processo de morte.

Após nove dias de internação, por volta das 05h30min do dia 06 de março de 2001, natural e dignamente morria Mário Covas, aos 70 anos de idade, fazendo uso de uma lei que ele mesmo havia promulgado em 17 de março de 1999. O Projeto de Lei n. 546/97, de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia, foi transformado na Lei Estadual 10.241, que dispõe sobre os direitos de usuários dos serviços de saúde do estado de São Paulo. Pelo fato de o ex-governador ter feito uso da citada Lei em sua terminalidade, ela é mais conhecida como *Lei Covas*. No artigo 2º, inciso XXIII, entre os *direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo*, dentre outros, estão os de: *recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e o de optar pelo local de sua morte*.

Inquestionável o caráter ortotânico da *Lei Covas*, principalmente quando associado a outros dispositivos ali constantes: (a) que prevêem que o paciente tem direito a ter um atendimento digno; (b) a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde; (c) a consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, procedimentos a serem realizados e (d) receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa. A Lei é direcionada ao paciente consciente, uma vez que não faz referência à possibilidade de substituição no exercício de autonomia.

Em um fórum realizado pelo Conselho Federal de Medicina, em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o desembargador do Superior Tribunal de Justiça, Gilson Langaro Dipp, afirmou que as questões em torno da *Lei Covas* eram puramente médicas e que ninguém melhor que os médicos para se manifestarem sobre o assunto⁵⁰.

O promotor público de defesa dos usuários da saúde do estado de São Paulo se manifestou no sentido de que, entre os seus pares promotores, não havia qualquer restrição à *Lei Covas*, eis que esta permitia ao doente escolher

⁵⁰ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Resultado do Fórum: Desafios Éticos na Terminalidade da Vida*, julho de 2006.

seu local de morte e recusar tratamentos e procedimentos que visassem o prolongamento desmedido da vida⁵¹ e não abreviação desta.

4.4.6.4.

Resolução n.1.805/06 do Conselho Federal de Medicina

O Conselho Federal de Medicina, após consultas públicas e debates, disciplinou a ortotanásia, a fim de que aos médicos fosse eticamente possível a suspensão de tratamentos extraordinários, quando isso lhes fosse solicitado pelo paciente. Surgiu, então a Resolução 1.805, publicada em 28 de janeiro de 2006, composta de três artigos:

Art.1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas em cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar segunda opinião médica.

Art.2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito de alta hospitalar.

Na exposição de motivos da Resolução 1.805/06, o Conselho Federal de Medicina elencou como causas motivadoras para disciplina do assunto:

- a) o excesso de paternalismo médico;
- b) o impacto dos avanços tecnológicos sobre a qualidade de vida dos enfermos;
- c) o despreparo do médico que, instruído para curar, não consegue aceitar a morte como algo inerente à vida e, dessa forma, obstina-se no tratamento;
- d) a necessidade de priorizar o doente e não a doença, dando ênfase mais humanista ao processo de terminalidade, com vistas à dignidade do paciente.

Em suas considerações iniciais, a Resolução ampara-se na dignidade da pessoa (art.1º, inciso III, CRFB) e no art.5º, inciso III, da Constituição de 1988, que estabelece que *“ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”*.

⁵¹ *Idem.*

Conforme salientou o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Clóvis Francisco Constantino (*Apud* ATHENIENSE, 2007, p.13), quando da edição da Resolução, houve um consenso que ela teria somente um efeito interno, pois *“existe um momento em que não é possível fazer mais nada em benefício do paciente”*.

O objetivo primário da Resolução seria o de informar ao médico que ele deveria respeitar a decisão do paciente de não mais se submeter a tratamento extraordinário. Se, antes, o paternalismo médico impedia que o médico ouvisse a voz do enfermo, a Resolução caminhou no sentido de informar ao profissional que o desejo do moribundo deve ser atendido, não havendo qualquer desvio ético nesta conduta. O Conselho Federal de Medicina editou a Resolução para que o agir médico se coadunasse com a possibilidade de exercício de autonomia dada a todo enfermo.

A suspensão do tratamento fútil, com a introdução de cuidados paliativos, quando já não é possível a cura da doença, é recomendada pela Associação Médica Mundial, pelo Conselho da Europa, pela Corte Européia de Direitos Humanos e por supremas cortes de diversos países, tais como Canadá, EUA e Reino Unido (SIQUEIRA, 2007, p.14).

4.4.6.4.1. Situação atual

Após a Resolução ter sido editada pelo Conselho Federal de Medicina, a Procuradoria da República do Distrito Federal encaminhou à autarquia uma recomendação, fixando o prazo de quatro dias, a contar do dia 20 de novembro de 2006, para que a mesma fosse revogada.

Tendo em vista a não obediência da autarquia, em 09 de maio de 2007 foi distribuída Ação Civil Pública (2007.34.00.014809-3), em que o Ministério Público Federal requereu a revogação e a anulação da Resolução 1.805/06, com pedido de tutela antecipada para a suspensão de seus efeitos.

Em apertada síntese das alegações do representante de Ministério Público Federal, afirmava-se que (a) a ortotanásia seria uma espécie de eutanásia e, neste sentido, faltaria à autarquia competência para a disciplina da matéria; (b) por esta razão, pedia a revogação da Resolução nº. 1.805/06, **OU** o estabelecimento, pelo Conselho Federal de Medicina, de critérios objetivos e subjetivos para permitir que o médico acate o desejo do paciente de suspender

tratamentos extraordinários, desde que, com a prévia consulta ao Ministério Público, antes de qualquer suspensão.

No dia 23 de outubro de 2007, o pedido de tutela antecipada para a suspensão dos efeitos da Resolução foi deferido e a mesma encontra-se suspensa até os dias atuais.⁵²

A Ação Civil Pública ainda não foi julgada, todavia, demonstra que o entendimento do magistrado que julgou o pedido antecipatório de tutela é no sentido da impossibilidade do médico de acatar a decisão autônoma do paciente ou de seus familiares, ainda que à custa de um processo de morte injustificadamente prolongado. No entendimento do magistrado, ao que parece, não precisa haver um questionamento ético sobre a interferência dos avanços da tecnologia no agir médico e o paciente teria o dever de se submeter a qualquer tratamento médico proposto, ainda que não se coadunasse com a sua vontade.

Saliente-se que o próprio Ministério Público Federal não concorda com a obrigatoriedade do tratamento extraordinário, uma vez que propõe o estabelecimento de critérios objetivos e subjetivos para que aquele órgão consinta ou não com a suspensão do tratamento.

Do mesmo modo, também não considera que a ortotanásia se assemelhe à eutanásia, ainda que o diga, pois uma inconstitucionalidade advinda de incompetência legislativa (principalmente quando, em tese, viola direito fundamental) não poderia ser vencida pelo estabelecimento de critérios de análise, como proposto pelo Ministério Público Federal.

A dúvida existente no caso, provavelmente, vem da comparação entre a Resolução com o anteprojeto da Parte Especial do Código Penal e do Projeto de Lei n. 116/00, que claramente confundem *meio artificial de manutenção da vida* com *tratamento extraordinário*, fazendo parecer, conforme já sobejamente demonstrado, que a eutanásia e a ortotanásia digam respeito a mesma coisa.

Nunca é demais lembrar o magistral ensinamento de Calamandrei, citado por Cappelletti (1989, p.93), de que “*sob a ponte da Justiça passam todas as dores, todas as misérias, todas as aberrações, todas as opiniões políticas, todos os interesses sociais*” e compete ao juiz tomá-los em conjunto para poder adaptar os interesses divergentes, a fim de que seja possível pensar em um mínimo de Justiça.

⁵² Fevereiro, 2008.

4.4.6.5. Comparativo das Legislações

O objetivo da Resolução n. 1.805/06 foi o de humildemente compreender que os avanços tecnológicos não devem fazer com que o processo de morte se apresente como verdadeiro suplício ao moribundo, pois o morrer é parte do viver e nem sempre o papel da medicina é o de prolongar a vida. A tecnologia deve auxiliar o ser humano e não representar um progresso *técno-ilógico*, como bem escreveu Adélia Prado (1991, p.43).

Ortotanásia não é eutanásia – ativa ou passiva – mas sim do reconhecimento da incapacidade da ciência de garantir a imortalidade desejada pelo Dr. Frankenstein. É uma tentativa de conciliar a tecnologia disponível e a crítica em relação a seu uso. Se, nos últimos 50 anos, a medicina experimentou um avanço extraordinário, o mesmo não pode ser dito em relação aos questionamentos éticos acerca do prolongamento desmedido e inumano no processo de morrer.

São os males da distanásia (e também da eutanásia) que a ortotanásia busca impedir, trazendo novamente ao médico a idéia de que é homem e não *deus* e, portanto, não precisa esperar que a medicina o alivie do tormento da mortalidade. Foi com o objetivo de desmascarar as mil mentiras do real, trazidas pelo pensamento excessivamente crédulo nas possibilidades da ciência, aliada à noção de que o ser humano é portador de direitos fundamentais inalienáveis, que a idéia de ortotanásia é concebida. Dito isso, agora será feita uma análise comparativa entre as disciplinas positivadas e projetadas que o tema já mereceu.

Tanto a *Lei Covas* quanto a Resolução tratam o tema como uma conduta atípica, pois, conforme já demonstrado, de acordo com o conceito de ortotanásia por elas adotado, ela realmente não é típica, uma vez que possibilitam a não utilização de meios extraordinários de tratamento. No confuso conceito adotado pelo Projeto de Lei do Senado, a ortotanásia seria uma causa de exclusão da antijuridicidade, uma vez que prevê a *não manutenção de meio artificial*, abrindo, assim, a possibilidade de desligamento de suporte vital para pacientes em estado vegetativo persistente que ingressassem na terminalidade, o que não se enquadra no conceito de ortotanásia, mas sim no de eutanásia ativa.

O consentimento é necessário nas três disciplinas, entretanto, diferenciam-se no tocante a quem poderia substituí-lo em caso de incapacidade do enfermo. A *Lei Covas* se dirige somente ao enfermo, a Resolução faz menção ao

representante legal e o Projeto de Lei traz como substitutos o cônjuge, o companheiro, o ascendente, o descendente ou o irmão.

O Projeto de Lei não faz menção ao dever de informar prognóstico, diagnóstico, possibilidades terapêuticas, etc., que o médico teria antes de receber o consentimento do paciente ou seu substituto. Na *Lei Covas*, é dever do médico esclarecer, de modo compreensível, todas as nuances do caso. A Resolução, apesar de falar desta necessidade, não tece maiores considerações sobre como ele se daria.

A anotação, no prontuário do paciente, sobre a decisão de suspensão do tratamento, é necessária tanto para a Resolução quanto para a *Lei Covas*. Já o Projeto de Lei não traz qualquer disciplina sobre o assunto. No mesmo sentido, há a possibilidade de o paciente de ter uma segunda opinião médica, admitida pela Resolução e pela *Lei Covas* e o Projeto de Lei sendo omissos.

No Projeto de Lei há a necessidade de que dois médicos atestem a morte como iminente e inevitável, a fim de oferecer mais garantia ao enfermo. A Resolução e a *Lei Covas* são omissas quanto a esse procedimento, uma vez que não o consideram essencial, tendo em vista que a ortotanásia, conforme o conceito por ambas adotado, é um exercício de autonomia do paciente que opta por não receber tratamento extraordinário, ao que o médico tem o dever de acatar, ainda que não concorde.

Na Resolução e na *Lei Covas*, é dado ao paciente o direito de escolher o local em que deseja que sua morte aconteça, sendo o Projeto de Lei omissos neste ponto. Tanto para a Resolução quanto para o Projeto de Lei é imperioso que o processo de morte já tenha sido instalado. A *Lei Covas* não faz menção a este requisito.

A inserção de cuidados paliativos é necessária em todas as três possibilidades. Os tratamentos que podem ser omitidos, de acordo com a *Lei Covas*, são aqueles considerados dolorosos ou extraordinários. A Resolução permite a suspensão de tratamentos extraordinários que visem o prolongamento do processo de morte. Já o Projeto de Lei, como dito em momento oportuno, acaba por confundir tratamentos extraordinários com tratamentos que mantenham artificialmente a vida, abrindo possibilidade, inclusive, para o desligamento de suporte vital em pacientes em estado vegetativo persistente.

Quanto ao direcionamento de cada uma das disciplinas, enquanto a *Lei Covas* tem como alvo os pacientes, a Resolução tem os médicos e o Projeto de Lei, sendo uma causa de exclusão da ilicitude, é direcionado a todos os cidadãos.

A Resolução se dirige aos médicos, no sentido de respeitar a autonomia do moribundo; não cria, modifica ou extingue qualquer direito vigente. Não exclui a antijuridicidade do crime de homicídio. Não afirma que o médico pode abreviar a vida do moribundo, mas somente obriga que ele respeite o desejo do sujeito de não se submeter a tratamento inócuo, que não fará mais que prolongar um processo de morte já iniciado.

A decisão pela ortotanásia não é do médico, mas sim do enfermo ou de seus familiares. A única função do profissional aqui é a de esclarecer o diagnóstico e o prognóstico, bem como indicar ou não determinada intervenção, sempre respeitando o desejo do paciente ou de seus familiares.⁵³ Ele não age ou deixa de agir para apressar a morte, tão-somente informa que, daquele ponto em diante, a medicina não oferece possibilidades terapêuticas curativas para o moribundo e que qualquer intervenção viria somente a prolongar o processo de morte já iniciado. Ainda que o médico não concorde com a suspensão do tratamento, ele pode, no máximo, anotar sua discordância no prontuário do paciente, mas não pode obrigá-lo a recebê-lo (SEBASTIÃO, 2003, p.246).

⁵³ Sobre a autoridade epistêmica do médico, ver CALERA, op. cit., p.718.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade buscar bases teóricas para fundamentar o entendimento de que a ortotanásia é uma atitude médica, clínica e juridicamente viável, bem como demonstrar que existe, frente aos direitos fundamentais, um direito a uma *morte digna*, mas não um *direito à morte*.

A fim de evitar o reducionismo do tema, tão amplamente difundido nas ciências jurídicas, o primeiro passo foi o de buscar o caminho da interdisciplinariedade, no qual a medicina, a psicologia, a antropologia e a filosofia foram auxiliares necessárias ao debate. Nesse sentido, inicialmente, foi feita uma inserção do tema da finitude humana, demonstrando que a falta de significações para a existência acabou por transformar, de modo contundente, o entendimento da morte e do morrer nas sociedades modernas industrializadas. A retirada da idéia de divindade das explicações obrigou o ser vivente racional a buscar outras formas para dar algum sentido para a vida, buscando nas ideologias sociais, conformistas ou pessoais, um modo para lidar com sua própria extinção.

A idéia de que o ser humano é dotado de uma parte física e outra simbólica foi o ponto de partida para o tratamento do tema na presente pesquisa. Neste sentido, sem a pretensão de ter buscado soluções definitivas sobre o tema da efemeridade humana, foram apresentadas as perspectivas de Heidegger e de Kierkegaard, que afirmam que a morte é parte da existência e, uma vez admitida esta certeza, o ser humano conseguiria alcançar uma vida mais plena. Isso porque, ao ser colocado frente a frente com sua finitude, teria condições de compreender sua responsabilidade na construção de si mesmo e da história de todos.

Uma vez constatada a estranheza com que a finitude é tratada, principalmente nas sociedades modernas, a pesquisa rumou para as questões médicas e éticas envolvidas no tema, demonstrando o déficit apresentado pelo médico na condução da terminalidade, diante das inovações tecnológicas, o que acabou por gerar uma resignificação do papel da medicina como a arte da cura (e não mais do cuidado). Continuando a análise, foi demonstrado que o excesso clínico fez com que a relação entre o médico e o paciente sofresse drástica

mudança, em que o último é visto não como um ser humano total (físico e simbólico), mas, muitas vezes, como objeto de manipulação para a cura, em que o primeiro tenta vencer sua própria efemeridade por meio do doente.

Questões correlatas à morte no exercício da medicina foram colacionadas, a fim de demonstrar como hodiernamente é concebido o momento da morte, tendo também sido tratado – superficialmente - o problema dos enfermos em coma e os em estado vegetativo persistente. Demonstrou-se, assim, que também nestes é possível a inserção de uma medicina voltada para o cuidado e não para a cura ou a abreviação da vida, na qual o conceito de saúde é visto não somente como bem-estar físico, mas abrange também o lado simbólico.

Foi feita uma reflexão sobre a finalidade dos tratamentos paliativos para o enfrentamento da terminalidade da doença, em que foram apresentados conceitos como o de futilidade terapêutica, paciente fora de possibilidade terapêutica, qualidade de vida, dor, sofrimento, dentre outros. Dessa forma apontou-se quando é recomendável deixar a medicina curativa e ingressar na paliativa, garantindo, desse modo, o exercício de autonomia por parte do enfermo e de seus familiares e o alívio das dores e do sofrimento na terminalidade.

Tendo como finalidade traçar as diferenças entre a ortotanásia e os procedimentos que alongam o processo de morte ou encurtam a vida, foi feita uma ampla abordagem crítica em relação à eutanásia, ao suicídio assistido clinicamente e à distanásia, apresentando conceitos e legislações do direito comparado, mostrando que as possíveis causas para os pedidos de intromissão no processo de morte são advindas de uma prática médica obstinada e de uma forma equivocada de significar a morte e a vida.

Por fim, a ortotanásia foi apresentada como a possibilidade de conciliar os valores em choque, tanto na eutanásia e no suicídio assistido clinicamente, quanto na distanásia. Da identificação da influência da mudança do entendimento da morte nas sociedades modernas, associada aos acúmulos tecnológicos, bem como da necessária restrição ao conceito de ortotanásia, foi possível proceder ao estudo da dignidade, da vida e da autonomia frente aos direitos humanos e fundamentais, que se iniciou com a conceituação crítica de cada um desses direitos, demonstrando seu alcance, bem como suas limitações. A filosofia de Immanuel Kant e os estudos de Ronald Dworkin sobre a existência de um pretense direito de morrer foram analisados sob a perspectiva do Estado Democrático de Direito. Concluiu-se que os direitos humanos são históricos, não obstante alguns deles, considerados básicos, como a vida, a dignidade e a

liberdade, por fazerem parte da própria idéia de constituição do Estado, não representam fontes ilimitadas de direitos. Constatou-se, então, que os direitos fundamentais positivados na Constituição Brasileira devem ser entendidos como princípios dirigentes para a interpretação das regras jurídicas, além de representarem uma impossibilidade de retrocesso histórico na garantia destes mesmos direitos.

Do mesmo modo que o Estado tem o dever de proteger os direitos fundamentais, podendo o cidadão insurgir-se contra este em caso de violação, o indivíduo também tem limitações de uso e gozo destes direitos, a fim de que a convivência social seja possível e, por meio da tolerância, os vários arbítrios sejam considerados. Não uma tolerância relativista, ceticista ou individualista, mas sim aquela que considera todos os cidadãos como parte de uma sociedade que deve florescer por meio da ponderação dos inúmeros valores existentes em seu seio. Nem mesmo a *lei da maioria* teria condições de violar direitos básicos do ser humano, pois a legitimidade democrática só se apresenta quando o Estado cumpre o seu papel de garantidor dos direitos fundamentais. Se ao positivismo jurídico do início do século XX bastavam as idéias de pureza metodológica, objetividade e exatidão, em que havia uma rigorosa separação entre o direito e a moral, hoje não é mais este o entendimento dominante, pois sua fragilidade deu abertura para uma concepção de direito mais voltada para a idéia de que ele representaria também uma possibilidade de valor.

O direito a uma morte digna é fruto do reconhecimento do ser humano dotado de valor individual e, ao mesmo tempo, membro de uma comunidade universal, onde nenhum dos seus bens básicos é extinto em nome do exercício pleno de um direito fundamental em detrimento a outro. Foi demonstrado que deve haver uma ponderação dos princípios fundamentais em choque, a fim de que possam ser realizados ao máximo.

Desse modo, ortotanásia se apresenta como o direito de um paciente ou de seus familiares exercerem a autonomia na condução do tratamento, ou (a) suspendendo terapias inócuas ou (b) não se submetendo a elas ou, então, (c) obstinando-se terapeuticamente até que a morte aconteça. A vida é respeitada e a dignidade no processo de morte é garantida por meio de cuidados paliativos, para o alívio da dor e do sofrimento. A dignidade é compreendida como um direito integral e não como a possibilidade de argumento para a extinção de outros direitos.

A fim de não deixar fora de análise as legislações positivadas e projetadas sobre o tema, apesar da pesquisa não concordar que seja necessária qualquer

disciplina jurídica para que a autonomia do paciente em processo de terminalidade seja respeitada, as mesmas foram abordadas. Concluiu-se que houve um equívoco por parte do legislador pátrio ao tentar disciplinar o tema, uma vez que confundiu *tratamento extraordinário* e *meio artificial* de manutenção de vida, dando ensejo à possibilidade de desligamento de suporte artificial para pacientes em estado vegetativo persistente, o que não é cabível dentro do conceito de ortotanásia.

6. BIBLIOGRAFIA

ADLER, Robert E. **Médicos Revolucionários: de Hipócrates ao genoma humano.** Tradução de Iva Sofia Gonçalves Lima. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

AGUARÓN, Roberto Aguado. **El Cuidado Del Enfermo En La Fase Terminal: un estudio moral a partir de la práctica de la eutanasia en Oregon (USA).** Thesis ad Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita. Pontificia Universitas Sancti AE Crucis. Facultas Theologiae. Roma, 2003.

ALEXY, Robert. **Teoría de Los Derechos Fundamentales.** Versão castellana de Ernesto Garzón Valdés. Madrid:Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.

ALMADA, Hugo Rodriguez *et. al.* **Eutanásia Y Ley Penal em Uruguay.** Revista de Bioética, Brasília, v.7, n. 1, p.43-49, 1999.

ANDRADE, Manuel da Costa. **Consentimento do Paciente em Direito Penal Médico: o consentimento presumido.** Revista Portuguesa de Ciência Criminal. Estudos Jurídicos de Coimbra, Curitiba: Juruá, n.1 e 2, jan./jun. 2004. Disponível em <<http://www.jurua.com.br/bv/pagina.asp?arq=coimbra&pag=35>>. Acesso em 28 de ago. 2007.

ANDRADE FILHO, Antônio Carlos de Camargo. Câncer Avançado e Medicina Paliativa. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento.** Antonio Carlos Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. p.259-63.

ANDRADE JR., Marcos Almeida Magalhães. Marcadores Atuais da Relação Médico/Paciente: o palco onde transcorre o trabalho médico. Determinantes da deflagração dos processos judiciais pacientes X médicos. In:___**Direito e Medicina: aspectos jurídicos da medicina.** Sálvio de Figueiredo (Coord). Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p.21-29.

ANENCEFALIA. Disponível em <<http://www.anencephalie-info.org>>. Acesso em 08/11/2007.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias.** Prefácio de Jacob Pinheiro Goldberg. Tradução de Priscila Viana de Siqueira.Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ASSEMBLÉIA MÉDICA MUNDIAL. Assembléia Geral: Declaração de Genebra. Genebra, 1948. In:___**Comentários ao Código de Ética Médica.** Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.227.

_____. 2ª Assembléia Geral: Declaração de Nuremberg. Nuremberg, 1964. In:___**Comentários ao Código de Ética Médica.** Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.261-62.

_____. 18ª Assembléia Geral: Declaração de Helsinque. Helsinque, 1964. In: **Problemas Atuais da Bioética**. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2000, p.457-61.

_____. 22ª Assembléia Geral: Declaração de Sidney. Sidney, 1968. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.272.

_____. 34ª Assembléia Geral: Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente. Lisboa, 1981. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.242.

_____. 35ª Assembléia Geral: Declaração de Veneza sobre o Paciente Terminal. Veneza, 1983. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.280-81.

_____. 39ª Assembléia Geral: Declaração de Madrid (I) sobre Eutanásia. Madri, 1987. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.244.

_____. 41ª Assembléia Geral: Recomendação de Hong Kong sobre estado vegetativo persistente. Hong Kong, 1989. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.292-93.

_____. 42ª Assembléia Geral: Recomendação de Rancho Mirage sobre Cuidados a Pacientes com Dor Crônica Severa em Enfermidade Terminal. Rancho Mirage, 1990. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.294.

_____. 50ª Assembléia Geral: Declaração de Ottawa sobre os Direitos da Saúde da Criança. Ottawa, 1998. In: **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.262-66.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Distanásia**. Revista Factos da Vida, Lisboa: ed. São Paulo, 1994. Inserido em 02 de mar. 2004. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=171>>. Acesso em 18 de ago. 2007.

_____. **Cuidados Paliativos e Terminais dos Doentes com HIV**. Circular n.17, Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos, 2004. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=199>>. Acesso em 19 de ago. 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. "Religiosos apóiam resolução sobre a terminalidade da vida". Jornal da Associação Médica Brasileira, jul. 2007, p.04.

ASSOCIACIÓ CATALANA D'STUDIES BIOÉTICS SOBRE LA EUTANÀSIA. R. Fenigsen. *The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia*. Law Medicine, 1991, 339-344. Disponível em <<http://www.aceb.org/eutanasia.htm>>. Acesso em 28 de ago. 2007.

ASÚA, L. Jimenéz de. **Liberdade de Amar e Direito a Morrer**. Tomo II: Eutanásia e Endocrinologia. Coleção Ciências Criminais. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

ATHENIENSE, Aristóteles. Enfoque jurídico da ortotanásia. In:___**Del Rey Jurídica**. Revista semestral. Belo Horizonte: Del Rey, jan./jul. 2007.

BACON, Francis. **Novum Organum**. Madrid: Nueva Atlantis, 1980.

BALDESSIN, Anísio. **Morrendo Bem Equipado**. Simpósio: Morte: Valores e Dimensões. Capítulo VIII. Medicina Ribeirão Preto, 2005; 38(1): 55-59. Disponível em <www.fmrp.usp.br/revista/2005;vol.38n1/8_morrendo_bem_equipado.pdf>. Acesso em 22 de out. 2007.

BARCELLOS, Ana Paula. Alguns parâmetros normativos para a ponderação constitucional. In:___**A nova interpretação constitucional: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas**. Luís Roberto Barroso (Org). Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p.49-118.

_____. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARRETO, Vicente de Paulo. Bioética. In:___**Dicionário de Filosofia Jurídica**. Vicente Paulo Barreto (Coord.). Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p.104-07.

BARROS, Newton Ferreira. Qualidade de Vida: conceito e métodos de avaliação. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos Camargo Andrade Filho (Edit.). São Paulo: Roca, 2001. p.53-73.

BARROS, Suzana de Toledo. **O Princípio da Proporcionalidade e o Controle de Constitucionalidade das Leis Restritivas de Direitos Fundamentais**. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.

BATISTA, Rodrigo Siqueira. SCHRAMM, Fermin Roland. **Conversações Sobre a 'boa morte': o debate bioético acerca da eutanásia** [2001]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em 09 de maio de 2007.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e das Penas**. Tradução de Paulo M. Oliveira. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

BECKER, Ernest. **A negação da morte: Uma abordagem psicológica sobre a finitude humana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BECKETT, Samuel. **Primeiro Amor**. Tradução Célia Euvaldo. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **Ciência, mercado e patentes do DNA humano**. Fonte: Qualità Equità per la Scienza. Revista de Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. v.8. n.1. 2000.p.97-105.

BIFULCO, Vera Anita. Reflexões sobre a morte e o morrer nos atendimentos de Cuidados paliativos. Associação Brasileira de Cuidados paliativos, inserido em 24 de ago. 2004. Disponível em

<<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=186>>. Acesso em 19 de ago. 2007.

_____. **Psicologia da Morte**. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007 (informação verbal).

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. **Manual de Direito Penal**. Parte Especial. São Paulo: Saraiva, 2001.

BLANK, Renold J. **Escatologia da Pessoa**. São Paulo: Paulus, 2000.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano. Compaixão pela terra**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de Morrer Dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In:___**Biodireito**. Maria Celeste Cordeiro Leite Santos (Coord.). São Paulo: RT, 2001. p.283-305.

_____. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro**. 2005. Disponível em <<http://www.jus2.uol.com.br/doutrina/imprimir.asp?id=7571>>. Acesso em 26 de abr. 2007.

_____. **Direitos de Personalidade e Autonomia Privada**. São Paulo: Saraiva, 2007.

BORN, Daniel; GONÇALVES JR., Iran. LOPES, Rita Simone. RIBEIRO, Érika Pracchia. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar. In:___**Atualização Terapêutica 2001**. Felício Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Vale (Fund.). São Paulo: Artes Médicas, 2001. p.116-22.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes (Col.). 40º ed. Brasília: Saraiva, 2007.

_____. **Código Civil Brasileiro**. Prefácio Miguel Reale. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

_____. **Código Penal Brasileiro**. Ricardo Vergueiro Figueiredo. São Paulo: Rideel, 2007.

_____. **Código de Processo Penal**. Ricardo Vergueiro Figueiredo. São Paulo: Rideel, 2007.

_____. **Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=111835>>. Acesso em 31 de out. 2007.

_____. **Decreto-Lei n. 44.045.** Aprova o regulamento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/decretos/mostra_decreto.asp?id=144>. Acesso em 31 de out. 2007.

_____. **Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Legislação Complementar do Código Civil. 8ª ed. São Paulo: Rideel, 2002.

_____. **Lei n.10.471, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Legislação Complementar do Código Penal e Constituição Federal. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Lei nº. 11.000, de 15 de dezembro de 2004.** Altera dispositivo da Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957 sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/leis/mostra_leis.asp?id=157>. Acesso em 26 de out. 2007.

BRECHT, Bertolt. **A vida de Galileu. Os Fuzis da Senhora Carrar. Mãe Coragem e seus Filhos.** Coleção Bertolt Brecht Teatro Completo. Tradução de Antônio Bulhões, Roberto Schwarz, Geir Campos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

BUEY, Francisco Fernandez. **Sobre la Tecnociência Y Bioética: los árboles del paraíso.** Parte I. Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina. v.8. n.01, 2000. p.13-27.

BURT, Robert. **Los Riesgos del Suicidio com ayuda médica: primeras lecciones desde la experiencia americana.** Revista Isonomía, n.09, out.1998. Disponível em <<http://www.cervantesvirtual.com>>. Acesso em 20 de nov. 2007.

CALERA, Nicolas López. **La vida Y La Muerte Ante La Ética Y El Derecho, Paternalismo Médico Y Desarrollo Científico.** Revista Doxa 15-16, 1994. Disponível em <<http://www.cervantesvirtual.com.br>> Acesso em 18 de set. 2007.

CALIA, Reynaldo Gaspar. VIEIRA, Mário Sérgio Rossi. Incapacidade Física e Dor Crônica. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento.** Antonio Carlos Camargo Andrade Filho (Edit.). São Paulo: Roca, 2001. p.63-74.

CALSAMIGLIA, Alberto. Sobre La Eutanásia. In:___**Bioética y Derecho: fundamentos e problemas actuales.** Rodolfo Vasquez. México: ITAM, 1999, p.151-75.

CAPEZ. Fernando. **Curso de Direito Penal.** Parte Especial. São Paulo: Saraiva, 2003.

CAPPELETTI, Mauro. **Juizes Irresponsáveis?** Tradução de Carlos Alberto de Oliveira. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1989.

CARDEAL, José Osmar. FUKIJIMA, Márcia Maiumi. Coma: visão neurológica. In:___**Atualização Terapêutica 2001.** Felício Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Vale (Fund.). São Paulo: Artes Médicas, 2001.

CARNEIRO, José Fernando. **Eutanásia**. Porto Alegre: [s.n.], 1959.

CARNEVALLI, Eduardo Castillo. **Diez Años de Eutanásia em Holanda: uma valoración moral**. Thesis ad Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita. Pontificia Universitas Sancti AE Crucis. Facultas Theologiae. Roma, 2003.

CARRIÈRE, Jean-Claude. **Fragilidade**. Tradução de Rejane Janowitz. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

CARVALHO, Gisele Mendes. **Aspectos Jurídico-Penais da Eutanásia**. São Paulo: IBCCRIM, São Paulo, v.8, fev.2001. p.15.

CASABONA, C. M. R. O Direito Biomédico e a Bioética. In:___**Biotecnologia e suas Implicações Ético-Jurídicas**. Carlos Maria Romeo Casabona, Juliane Fernandes Queiroz (Coords.) Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p.13-41.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeck. **O Mito de Asclépio e o Médico lidando com a Morte**. In Temas de Bioética. Cadernos do IFAN, n. 10. São Paulo: Universidade São Francisco, 1995. p.51-62.

_____. **O Suicídio**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, jan./mar., 1998. p.28-30.

_____. **Para a morte ser vista com naturalidade**. Jornal da Unicamp. São Paulo: Unicamp, nov., 2004.

_____. **O Pensamento Impossível: como lidamos com a realidade da morte**. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007. (Informação verbal).

COELHO, Milton Schimitt. **Eutanásia: uma análise a partir dos princípios éticos e constitucionais**. 2001. Disponível em <<http://www.jus2.uol.com.br/do+utrina/imprimir.asp?id=2412>>. Acesso em 23 de out. 2007.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

COMTE-SPONVILLE, André. **Bom dia, angústia**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº. 1.246**, de 08 de janeiro, de 1988: Código de Ética Médica. In:___Comentários ao Código de Ética Médica. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. **Resolução nº. 1.480**, de 08 de agosto de 1997. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php>. Acesso em 31 out. 2007.

_____. **Resolução nº. 1.805**, de 09 de novembro de 2006. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em 24 de abr. 2007.

_____. **Resolução nº. 1.826**, de 06 de dezembro de 2007. Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXII. n.167, dez. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. **Ortotanásia: CFM responde questionamentos do Procurador**. Publicado em 06 de dez. de 2006. Acesso em 17 de out. de 2007;

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Parecer-Consulta nº.33.631/04**. Cons. Antônio Pereira Filho. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Parecer&ficha=1id=5975>>. Acesso em 26 de out. 2007.

_____. **Parecer-Consulta nº.44.503/01**. Cons. Marcos Segre. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Parecer&ficha=1id=5664>> . Acesso em 26 de out. 2007.

_____. **Resultados do fórum Desafios na Terminalidade da Vida**. Ocorrido em 27 e 28 de jul. 2006. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=711>>. Acesso em 03 de nov. 2007.

CORRÊA, José de Anchieta. **Aspectos Filosóficos da Terminalidade**. Palestra proferida no IV Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia, em Ouro Preto, Minas Gerais, 29 de set. 2007. [Informação Verbal].

COULANGES, Fustel de. **A cidade antiga: A marcha das civilizações**. Tradução de Frederico Ozanam Pessoa de Barros. Vol.I. São Paulo: Edameris. 1967.

CLOLET, Joaquim. KIPPER, Délio. Princípios da Beneficência e Não-Maleficência. In:___**Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.37-51.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Bioética e Direitos Humanos. In:___**Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp. 231-241.

DALL'ANESE, Ana Paula M. S. **A importância da fisioterapia no grupo de cuidados paliativos pediátrico**. São Paulo: Revista Prática Hospitalar. Ano VI, n.35,2006. p.79-85.

D ASSUMPTÃO. Evaldo Alves. Tanatologia. In:___**Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica**. Almir Tavares (Coord.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. pp.517-534.

D'ÁVILA, Roberto. **Resultados do Fórum Sobre a Terminalidade da Vida**. São Paulo, jul. 2006. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=711>>. Acesso em 03 de nov. 2007.

DE ANDRÉ, Hildebrando **A Gramática Ilustrada**. 4ª ed. São Paulo: Moderna, 1990.

DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA DOS ESTADOS UNIDOS. E.U.A, 1776. In:___**A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. Fábio Konder Comparato São Paulo: Saraiva, 2007. p.108-110.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Paris, 2005. In:___Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tradução de Ana Tapajós Prado. Mauro Machado do Prado. Rev. Volnei Garrafa. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 18 de jun. 2007.

DEL GIGLIO, Auro. A relação médico-paciente sob uma perspectiva dialógica. In:___**Tópicos em Clínica Médica**. Antônio Carlos Lopes (Org.). Rio de Janeiro: Medsi, 2003. pp.14-16.

DELMANTO, Roberto. DELMANTO, Roberto Jr. DELMANTO, ALMEIDA, Fábio M. de. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Renovar. 2000.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. **Crime e Castigo**. Vol.II. Tradução de Natália Nunes. Rio de Janeiro: Victor Civita, 1986.

_____. **Memórias do Subsolo**. Tradução de Boris Schnaiderman. São Paulo: Editora 34, 2000.

_____. **O Idiota**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Editora 34, 2002.

_____. **Um jogador**. Tradução de Boris Schnaiderman. São Paulo: Editora 34, 2004.

_____. **Os Demônios**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Editora 34, 2004.

_____. **Noites Brancas**. Tradução de Nivaldo dos Santos. São Paulo: Editora 34, 2005.

_____. **A Senhoria**. Tradução de Fátima Bianchi. São Paulo: Editora 34, 2006.

_____. **Duas Narrativas Fantásticas: A Dócil e O Sonho de Um Homem Ridículo**. Tradução, prefácio e notas de Vadim Nikitin. São Paulo: Editora 34, 2007.

_____. **Niétotchka Niezvânova**. Tradução de Boris Schnaiderman. São Paulo: Editora 34, 2007.

_____. **O Eterno Marido**. Tradução de Boris Schnaiderman. São Paulo: Editora 34, 2007.

DRUMMOND, Carlos. **Nova Reunião**. 19 Livros de Poesia. Vol. II. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1987.

DWORKIN, Ronald. **O Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EARP, Antônio Carlos de Sá. **A angústia frente à morte: um estudo psicanalítico**. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 1999.

ENGELHARDT, Dietrichvon. **La Eutanasia: entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir – Experiencias del pasado, retos del presente**. Revista Acta Bioethica, INSS 1726-569X – versão online. v.8. n.1, Santiago, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=51726-599x2002000100007&>>. Acesso em 28 de ago. 2007.

ETTINGER, Elzbieta. **Hannah Arendt – Martin Heidegger**. Tradução de Mário Pontes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

FIELDS, Howard L. MARTIN, Joseph. Dor: fisiopatologia e tratamento. In:___**Harrison Medicina Interna**. Vol.I. Antony S. Fauci *et al.* Rio de Janeiro:McGrawHil, 1998. p.61-66.

FIGUEIREDO, Carlos. **100 Discursos Históricos**. Belo Horizonte: Leitura, 2002.

FIGUEIREDO, Marco Túllio de Assis. **Cuidados Paliativos**. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007. [Informação Verbal].

_____. **Cuidados Paliativos: respeito, alívio e dignidade para o paciente**. Revista Prática Hospitalar. Ano V. n. 27. maio./jun., 2003. p.17-22.

_____. **Educação em Cuidados paliativos: uma experiência brasileira**. Revista Prática Hospitalar. Ano III, n.17, set./out., 2001, p.43-48.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Comentários ao Código de Ética Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. **Eutanásia: um enfoque ético jurídico**. São Paulo, Caderno Jurídico, v.1, jun., 2001. p.111-129.

_____. **Telemedicina: breves considerações ético-legais**. Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina. v. 8, n.1, 2000, p.107-26.

FERREIRA, Sérgio H. Prefácio. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. p.05.

FERREIRA, Pedro Eugênio Mazzucchi Santana. Dor Crônica: avaliação e tratamento psicológico. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. p.43-52.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Justiça Argentina Discute Ortotanásia**. São Paulo, 5 de jan. 2007. Disponível em <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/news_item.2007-01-05.4854>. Acesso em 05 de maio de 2007.

FORTES, Paulo Antônio Carvalho. MUÑOZ, Daniel Romero. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido, In:___**Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.53-70.

GIACOMIN, Karla. Cuidados paliativos. In:___**Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica**. Almir Tavares (Coord.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.535-70.

GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia: Uruguai**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>>. Acesso em 24 jan. 2008.

GOMES, Alexandre Travessoni. **O Fundamento de Validade do Direito: Kant e Kelsen**. 2ª ed., Belo Horizonte: Mandamentos, 2004.

_____. MERLE, Jean-Christophe. **A Moral e o Direito em Kant: ensaios analíticos**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2007.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. Parte Geral. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

GRIMAL, Pierre. **Dicionário de Mitologia Grega e Romana**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1992.

GRUNING, Herb. **Deus e a nova metafísica: um diálogo aberto entre ciência e religião**. Tradução de William Lagos. São Paulo: Aleph, 2007.

GUEDES, Geraldo. **Aspectos Éticos da Terminalidade**. Palestra proferida no IV Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia, em Ouro Preto, Minas Gerais, 29 set., 2007.

GUERRA, Sidney. **Hermenêutica, Ponderação e Colisão de Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tradução Márcia Sá Cavalcante Schuback. Rio de Janeiro: Vozes; São Paulo: Universitária São Francisco, 2006.

HESSE, Hermann. **O Jogo das Contas de Vidro**. Tradução Lavínia Abranches Viotti e Flávio Vieira de Souza. Rio de Janeiro: Record, 2003.

HIRECHE, Gamil Föppel El. **Tutela Penal da Vida Humana: anotações sobre a eutanásia**. Blog de Luiz Flávio Gomes. [não numerado]. [não datado]. Disponível em <<http://www.blogdoflg.com.br.25julho.2007>>. Acesso em 20 ago. 2007.

HORTA, Márcio Palis **Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer**. Revista de Bioética. v.7, n.1, 1999. Brasília: Conselho Federal de Medicina. p.27-33.

HOSPICE. **The Hospice Concept**. Disponível em <<http://www.hospicenet.org>>. Acesso em 21/01/2008.

HUSEMANN, Armin J. **Eutanásia: um sintoma do nosso tempo**. Tradução Heinz Wilda. São Paulo: Antroposófica, 2005.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JAKOBS, Günther. **Suicídio, Eutanásia e Direito Penal**. Coleção Estudos de Direito Penal. v.10. Tradução Maurício Antônio Ribeiro Lopes. São Paulo:Manole, 2003.

JARAMILLO, Javier Gutiérrez. **Ortotanásia Versus Eutanásia**. 2000. Disponível em <http://www.cardiolili.org/esp/conferen/pdf/eutanasia_26ju/2004.pdf>. Acesso em 17 de abr. 2007.

JAVIER. Lucas. **Una Nota Sobre El Concepto Y La Fundamentación de Los Derechos Humanos. A propósito de la polémica sobre los derechos morales**. Doxa 10, 1991. p.307-318. Disponível em <<http://www.cervantesvirtual.com>>. Acesso em 20 de nov. 2006.

JESUS, Damásio Evangelista de. **Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 1994.

JUNGES, José Roque. **Metodologia da análise ética de casos clínicos**. Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina. n.11, nov. 2003. p.33-42.

_____. **Eutanásia**. In: ____ **Dicionário de Filosofia do Direito**. Vicente de Paulo Barretto (Coord.). Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p.302-08.

JÚNIOR, Luiz Carlos dos Reis. REIS, Paula Elisa Avelar Maia dos. **Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar**. Revista *Fisioterapia em Movimento*. v.20, n.2, abr./jun. 2007. p.17-28.

KATZ, Ingrid T. WRIGHT, Alexi A. Letting Go of Rope – Aggressive Treatment, Hospice Care, and Open Access. **The New England Journal of Medicine**. 357;4, jul. 2007. Disponível em <<http://www.nejm.org>>. Acesso em 14 de nov. 2007.

KIERKEGAARD, Sören. **O desespero humano**. Tradução Alex Martins. São Paulo: Martin Claret, 2007.

_____. **O Conceito de Angústia**. Tradução de Eduardo Nunes Fonseca; Torrieri Guimarães. São Paulo: Hemus, 2007.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer**. Trad. Maria Luiza Newlands Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 1988.

LARREA, Iñigo Ortega. **Eutanasia: Ética y Ley frente a frente**. Thesis ad Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita. Pontificia Universitas Sancti AE Crucis. Facultas Theologiae. Roma, 1996.

LE BLANC, Charles. **Kierkegaard**. Tradução Marina Appenzeller. São Paulo: Estação Liberdade, 2003.

LO, Bernard. Problemas Éticos na Prática Clínica. In: ____ **Harrison Medicina Interna**. v.I. Antony S. Fauci *et al* (Org.). Rio de Janeiro: McGrawHil, 1998. p.07-09.

LOWN, Bernard. **A Arte Perdida de Curar**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Morte no Domicílio: experiência da equipe de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo**. Revista *Prática Hospitalar*. Ano VI. n. 35, nov./dez., 2004. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cd/Texto=218>> . Acesso em 19 ago. 2007.

MAIA NETO, Candido Furtado. **Código de Direitos Humanos para a Justiça Criminal Brasileira**. Rio de Janeiro, Forense, 2003.

MALEM, Jorge. **De la Imposición de La Moral por el Derecho: la disputa Devlin-Hart**. Revista *Isonomía*, n.04, abr., 1996. Disponível em <<http://www.cervantesvirtual.com>>. Acesso em 20 de nov. 2006. p.06-16.

MANHÃES, Maria da Paz. **O enigma do suicídio**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

MARQUES, José Frederico. **Tratado de Direito Penal**. v.IV. Campinas: Milenium, 1999.

MÁRQUEZ, Gabriel García. **Memórias de Minhas Putas Tristes**. Tradução Eric Nepomuceno. Rio de Janeiro: Record, 2005.

MARTIN, Joseph B. ROPPER, Allan H. Estados Confusionais Agudos e Coma. In:___**Harrison Medicina Interna**. v.I. Antony S. Fauci *et al.* Rio de Janeiro:McGrawHil, 1998. p.137-45.

MARTIN, Leonard Eutanásia e Distanásia. In:___**Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp.171-191.

_____. **Os Direitos Humanos nos Códigos Brasileiros de Ética Médica: ciência, lucro e compaixão em conflito**. São Paulo: Loyola, 2002.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2002.

MENDES, Alexandre Fabiano. Liberdade.In:___**Dicionário de Filosofia do Direito**. Vicente de Paulo Barretto. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p.534-38.

MENGARELLI, Hugo. América, Somos nós Estrangeiros? In:___**Direito e Psicanálise: Interseções a partir de “O Estrangeiro” de Albert Camus**. Jacinto Nelson de Miranda Coutinho (Coord.). Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006.

MILLER, Ronald. D. Anestesia.In:___**Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento**. Lawrence W. Way (Edit.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p.128-35.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. Parte Geral. São Paulo: Atlas, 1994.

MÖLLER, Letícia Ludwing. **Direito à morte com dignidade e autonomia: o direito dos pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade**. Curitiba: Juruá, 2007.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. Teoria Geral. São Paulo: Atlas, 2007.

MORE, Thomas. **A Utopia**. Tradução de Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2003

MÜLLER, Mary Stela. CORNELSEN, Julce Mary. **Normas e Padrões para Teses, Dissertações e Monografias**. 6ª ed. Londrina: Eduel, 2007.

NAKANO, Luís Carlos Uta, *et al.* Estudo da Evolução clínica de pacientes em atendimento domiciliar: análise de 100 pacientes. In:___**Tópicos em Clínica Médica**. Antônio Carlos Lopes (Coord.). Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.690-92.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Introdução ao Biodireito: da zetética à dogmática. In:___**Biodireito**. Maria de Fátima Freire de Sá. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p.129-40.

NOAL, Fernando Oliveira. **As trocas simbólicas e o Tempo do Desaparecimento**. Santa Catarina: Cadernos de Pesquisas Interdisciplinares em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, n.55, dez. 2005. p.02-11.

NOTO, Júlio Ricardo. Aspectos da Relação Médico-paciente. In:___ **Atualização Terapêutica 2001**. Felício Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Vale (Fund.). São Paulo: Artes Médicas, 2001. p.1308-310.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. São Paulo:RT, 2003.

NUNES, Benedito. **Heidegger & Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Paris, 1978. In:___ **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.287-90.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos. Genebra, 1993. In:___ **Comentários ao Código de Ética Médica**. Genival Veloso de França. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.264.

PAULA, Márcio Gimenes de. **Socratismo e Cristianismo em Kierkegaard: o escândalo da loucura**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2001.

PAUPERIO, A. Machado. **Introdução Axiológica ao Direito**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. **O conceito de morte cerebral e os critérios para o seu diagnóstico**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v.15, n.1.jan./jun., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120050000100006&l>. Acesso em 07 de nov. 2007.

PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação Constitucional e Direitos Fundamentais: uma contribuição ao estudo das restrições aos direitos fundamentais na perspectiva da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

PESSINI, Léo. **Distanásia: Até quando investir sem agredir?** *Revista de Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. v.4, n.1, 1996. p.31-43.

_____. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2000.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.

_____. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In:___ **Tratado de Gerontologia**. Matheus Papaléo (Org.). São Paulo: Atheneu, 2007. p.831-46.

_____. **O tempo da vida: vivê-lo como cronos ou kairós?** Associação Brasileira de Cuidados paliativos. 2006. Disponível em

<<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=311>>. Acesso em 19 de ago. 2007.

PESSINI, Leocir. **Eutanásia e América Latina**. São Paulo: Editora Santuário, 1990.

_____. **Morrer com dignidade é decorrência do viver dignamente**. Associação Brasileira de Cuidados paliativos. 2004. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos/artigosphp?cdTexto=162>> Acesso em 19 de ago. 2007

PIERANGELI, José Henrique. **O consentimento do ofendido na teoria do delito**. 3ª ed. São Paulo: RT, 2001.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa. **Cuidados Paliativos**. Aula Expositiva do Curso de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. [Informação Verbal].

PLATÃO. **Fédon**. Tradução de Eusébio Dias Palmeira. Introdução e Comentário de Maria Arminda Alves de Sousa, Porto Alegre:Porto,1995.

_____. **A República**. Tradução de Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 2002. Coleção Os Pensadores.

PONDÉ, Luiz Felipe. Crítica e Profecia: **A Filosofia da Religião em Dostoevski**. São Paulo: Editora 34, 2003.

POSSO, Irimar de Paula. POSSO, Maria Belén Salazar. A Ética e a Dor. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos. Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. pp.75-78.

PRADO, Adélia. **Bagagem**. São Paulo: Siciliano, 1991.

PRESSE, France. FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo, 17 jan. 2006. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u91644.shtml>>. Acesso em 24 jan. 2007.

PY, Ligia. TREIN, Franklin. Finitude e Infinitude: Dimensões do Tempo na Experiência do Envelhecimento. In:___**Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Elizabete Viana de Freitas *et al* (Coords.) 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. p.1353-61.

QUINTANA, Mário. Ah! Os Relógios. In:___**A Cor do Invisível**. Rio de Janeiro: Globo, 1989.

REIS, João José. **A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do Século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da Morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROTTERDAM, Erasmo. **O Elogio da Loucura**. Tradução Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2002.

ROUANET, Sérgio Paulo. **As razões do Iluminismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

RUSS, Jacqueline. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Scipione, 1994.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **O direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey. 2005.

SÃO PAULO (Estado). **Lei estadual nº. 10.241**, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde do Estado de São Paulo e dá outras providências. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080>. Acesso em 26 de out. 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da Pessoa Humana – Parte I e II. In: **Dicionário de Filosofia do Direito**. Vicente de Paulo Barretto. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p.212-25.

_____. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SEBASTIÃO, Jurandir. **Responsabilidade Médica: Civil, Criminal e Ética**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SENADO FEDERAL DA REPÚBLICA. Projeto de Lei n.116, de 2000, que dispõe sobre a exclusão da ilicitude da ortotanásia. Diário do Senado Federal, 26 de abr., 2000. Enviado por mensagem eletrônica após solicitação dos dados.

_____. Projeto de Lei n.405/2005, de autoria da Senadora Serys Slkessarenko, que prevê a remoção de órgãos ou partes do corpo humano dos anencéfalos, desde que a manutenção da atividade respiratória ocorra somente por meio artificial e/ou comprovada a impossibilidade de manutenção da vida, atestada por dois médicos, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos a serem definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. Disponível em <<http://www.serys.pro.br/materia.asp?id=158>>. Acesso em 16 de jan. 2008.

SILVA, Alcino Lázaro. **Diga a cor dos olhos de seu paciente**. Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Belo Horizonte, dez. 2007.

SILVA, Franklin Leopoldo e. Da Ética Filosófica à Ética em Saúde. In: **Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp.19-36.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 1998.

SIQUEIRA, José Eduardo de. **É um Direito Médico Suspender Tratamento?** Revista Diálogo Médico. Ano 33. maio/jun. 2007. p.14.

_____. **Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros**. Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina. v.8, n.1, 2000, p.55-68.

_____. O Princípio da Justiça. In: **Iniciação a Bioética**. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, Volnei Garrafa, Gabriel Oselka (Coords.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp.71-80.

SOCIEDAD ESPAÑOLA E INTERNACIONAL DE TANATOLOGIA. Alfonso Hernández. **¿Que es la Tanatología?** Disponível em <<http://www.tanatologia.org>>. Acesso em 24 de jul. 2007.

SODRÉ, Francis. **Alta Social: a atuação do assistente social em cuidados paliativos**. Revista Serviço Social e Sociedade. v.82, 2005. p.111-20.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora. Aids e suas metáforas**. Tradução Rubens Figueiredo; Paulo Henrique Brito. São Paulo: Companhia de Bolso. 2007.

SOUZA, José Pedro Galvão de. **Iniciação à Teoria do Estado**. São Paulo: RT, 1976.

SOUZA, Paulo Roberto. **Deontologia e Legislação**. Palestra proferida no I Curso de Tanatologia da Unicamp, São Paulo, 18 de ago. 2007.

SPIEGEL, Peter. Farmacoterapia com Analgésicos Opiáceos. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. p.247-54.

STRATHERN, Paulo. **Heidegger em 90 minutos**. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Consultoria Danilo Marcondes, Professor titular do Departamento de Filosofia da Puc - Rio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

SYLVESTER, George. **O valor da vida: uma entrevista rara de Freud**. Alpes Austríacos, 1926. Tradução de Paulo César Souza. Rio de Janeiro: Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.sprj.org.br/2007/publicacoes_reportagens.php?reportagem=2646>. Acesso em 13 de dez. 2007. p.01-04.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Fisiopatologia da Dor Neuropática. In:___**Dor: diagnóstico e tratamento**. Antonio Carlos. Andrade Filho (Edit.).São Paulo: Roca, 2001. p.07-42.

TÉLLEZ, Saul Santoyo. Considerações Bioéticas nos Extremos da Vida. In:___**Morrer Bem**. Isa Fonnegra Jaramillo(Coord.)Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

TOLSTÓI, Lev. **A morte de Ivan Ilitch**. Tradução de Boris Schnaiderman. Texto em apêndice de Paulo Rónai. São Paulo: Editora 34, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. **A Dor e o Controle do Sofrimento**. Revista de Psicofisiologia, 1997. Disponível em <[http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)/cap8.htm](http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)/cap8.htm)>. Acesso em 23 de jan. 2008.

URUGUAI. **Lei Nº. 9.414**, de 29 de junho de 1934. Código Penal Uruguaio. 1934. Disponível em <<http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/L1t2.htm>>. Acesso em 24 de jan. 2008.

YALOM, Irvin D. **O Carrasco do Amor e outras histórias sobre psicoterapia**. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Os Princípios Bioéticos e o Direito Positivo**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia. Salvador, n.10, jan./dez., 2002, p.255-76.

_____. **Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

VILELA, Orlando. **A violência no mundo atual**. São Paulo: Loyola, 1977.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. **Tratado de Derecho Penal**. Parte General. Buenos Aires: Ediar,

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)