

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS: QUÍMICA
DA VIDA E SAÚDE

Neila Seliane Pereira Witt

**EUTANÁSIA, VIDA/ MORTE: PROBLEMATIZANDO ENUNCIADOS
PRESENTES EM REPORTAGENS DE JORNAIS E REVISTAS**

Porto Alegre
2007

Neila Seliane Pereira Witt

**EUTANÁSIA, VIDA/ MORTE: PROBLEMATIZANDO ENUNCIADOS
PRESENTES EM REPORTAGENS DE JORNAIS E REVISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Orientadora: Nádya Geisa Silveira de Souza

Porto Alegre
2007

Neila Seliane Pereira Witt

**EUTANÁSIA, VIDA/ MORTE: PROBLEMATIZANDO ENUNCIADOS
PRESENTES EM REPORTAGENS DE JORNAIS E REVISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Orientadora:

Nádia Geisa Silveira de Souza

Banca examinadora:

Paula Regina Ribeiro - ICBS/UFRGS

José Roberto Goldim - FAMED/ UFRGS.

Johannes Doll - FACED/UFRGS

Para meus pais, por terem me ensinado que, com amor e determinação, somos capazes de superar limites e realizar sonhos...

AGRADECIMENTOS

Na conclusão deste estudo, quero agradecer a todos que, de algum modo, estiveram comigo neste processo e que foram fundamentais para que esta escrita se concretizasse.

Agradeço, com muito carinho, pela oportunidade de realizar este trabalho e por ter me introduzido neste campo de estudos, à minha querida orientadora, Nádia Geisa Silveira de Souza. É uma pessoa a quem devo um agradecimento especial pela presença; pela incitação à escrita de minhas experiências; pelos conhecimentos compartilhados; pela paciência; pelo estímulo; pelas sugestões de leituras; pelos empréstimos de textos e livros; enfim, pela imensa amizade.

Aos professores da banca examinadora, agradeço pela leitura, pelas sugestões e indicações que muito contribuíram para este estudo.

Aos professores das disciplinas do Mestrado e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências, que me possibilitaram grandes trocas de experiências e aprendizados que ficaram inscritos em mim e que estão presentes neste estudo.

Agradeço, em especial, ao professor Diogo Souza, por seu empenho em possibilitar a produção desse tipo de trabalho, que entrelaça a educação, a ciência e a saúde, entre outros conhecimentos.

Ao pessoal do grupo de estudos do corpo nas práticas culturais do Programa de Pós Graduação em Educação (UFRGS), que sempre incluiu em sua amizade a abertura a discussões e a partilha de produções, de conhecimentos e de críticas. Eles me levaram a gostar ainda mais de nossos estudos e a compreender a diversidade de articulações que possibilitam.

A esta instituição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por seu ensino público de qualidade, onde pude realizar minha Licenciatura e Bacharelado em Ciências Biológicas e o Mestrado em Educação em Ciências.

À CAPES, órgão financiador da minha bolsa de Mestrado.

Ao meu marido, Fabio, pelo aprendizado que compartilhou comigo, pela paciência, amor, presença e amizade; por aceitar meu jeito e ausência (mesmo presente); por ter sabido lidar com as minhas incertezas; pelos momentos de afastamento da escrita, indispensáveis para manter a “normalidade” e, principalmente, por ter me apoiado nesta caminhada, que, apesar de árdua, é muito prazerosa e enriquecedora.

Às minhas irmãs, Ana Paula e Marilaine, pela amizade, cumplicidade, escuta e amor e por sempre acreditarem e torcerem por mim. Elas me transmitiram muita força nos momentos bastante difíceis que tive que atravessar durante esta caminhada e sempre me incentivaram a continuar.

Por último, mas não menos importante, meu agradecimento àqueles a quem nunca recompensarei suficientemente pelo zelo e pela vida que me deram e que sempre foram exemplos de dignidade, conduta e dedicação: meus pais, Mario e Neila. Não dá para expressar com palavras o que significam em minha vida, nem a importância que tiveram as suas sugestões, que muito me ajudaram na conclusão deste estudo. Obrigada por terem dado a mim tudo o que precisei para crescer e me desenvolver, por me proporcionarem uma família da qual muito me orgulho de fazer parte, pelas palavras calmas e sábias e pelos abraços amorosos que fizeram com que me sentisse a pessoa mais importante do mundo.

A você que está se dispondo a ler o que escrevi nesta dissertação, agradeço e me sinto honrada pelo seu interesse e pela sua participação nesta mútua entrega. Minha, por expor meus pensamentos, sentimentos, trajetórias... E sua, por se dispor a entrar no meu mundo e a colocar-se nos caminhos que ele abre. Afinal, na leitura, partilham-se idéias e aprendizados, exploram-se novos sentidos, ensaiam-se novas metáforas; na leitura, busca-se o que o texto leva a pensar, aquilo que dá o que dizer, aquilo que fica por dizer... (Larrosa, 2003 e 1994).

“A existência da cultura, isto é, de um patrimônio coletivo de saberes (saber fazer, normas, regras organizacionais, etc.), só tem sentido porque as gerações morrem e é constantemente preciso transmiti-la às novas gerações. Só tem sentido como reprodução, e este termo assume o seu sentido pleno em função da morte” (Morin, 1988, p. 10). Nesse sentido, “(...) não existe uma muralha entre a natureza e a cultura, mas sim uma engrenagem de continuidades e descontinuidades” (idem, p. 16).

RESUMO

As questões relacionadas à prática da eutanásia, que têm sido apresentadas, em nossa sociedade, especialmente através da mídia, levaram-me à realização deste estudo.

A partir de aproximações com leituras do campo dos Estudos Culturais, nas suas versões pós-estruturalistas, dos Estudos da Ciência e de estudos de Michel Foucault, passei a interrogar como a rede de enunciados relacionados à vida, à morte e à eutanásia aparecem na mídia impressa.

Neste estudo, estou entendendo o corpo como produção de práticas sociais; a materialidade biológica, ao ser inscrita por discursos e práticas de diferentes instâncias culturais que se articulam ou se confrontam, configura-se naquilo que nomeamos de corpo; o morrer não apenas como um fato biológico, mas também como um processo construído socialmente cujas transformações alteram comportamentos e sentimentos; e a medicina como um saber/poder que, principalmente a partir do século XIX, numa política dirigida à vida, vai incidir sobre o corpo e os fenômenos biológicos, controlando e regulamentando o indivíduo e sua vida/morte.

Hoje, a mídia tem ocupado destacado lugar na veiculação e instituição de determinadas verdades, funcionando como uma importante estratégia de regulação do corpo e da vida. Nesse sentido, os enunciados que nos interpelam cotidianamente, ao serem incorporados, configuram determinados modos de pensar e agir.

No estudo, analisei edições dos jornais *Zero Hora (ZH)*, de Porto Alegre/RS, e *Folha de São Paulo*, de São Paulo, e da revista *Veja*, publicadas ao longo do ano de 2005 e 2006, que tratavam de casos relacionados à eutanásia.

A partir das discussões e dos relatos apresentados pelas reportagens, percebi a ocorrência de movimentos voltados a debater e a repensar as formas como se tem exercido o poder sobre a vida das pessoas, como, por exemplo, as mobilizações da sociedade em manifestações públicas de apoio ou protesto às decisões sobre a vida/morte de pacientes com doenças terminais ou sem chance de cura, assim como a existência de embates entre médicos e advogados na

busca pela legitimação da prática médica em suspender ou limitar procedimentos e tratamentos que prolonguem ou mantenham a “vida” dos pacientes.

Compreendi que, os avanços da tecnociência e da ampliação do poder de intervenção médica no “curso” da vida/morte têm atuado como estratégias para salvar e manter a vida, sem que se questionem as condições do paciente e da vida que está sendo mantida.

Por fim, percebi o caráter e a força política dessas discussões e manifestações, mobilizando órgãos como o Conselho Federal de Medicina a aprovar uma Resolução favorável aos limites do saber e do poder sobre a vida, além de contribuir para a aceitação da ortotanásia na sociedade e trazer discussões sobre os alicerces em que as leis, normas e códigos brasileiros se amparam.

Minha proposta foi possibilitar um outro espaço de pensar e problematizar determinadas práticas diante da possibilidade de liberdade de decisão e ação das pessoas em situações de morte e chamar a atenção para a posição hegemônica dos discursos – religioso, jurídico, médico – no gerenciamento da vida/morte.

Palavras-chave: eutanásia e os processos do morrer, saber médico/científico, biopoder, tecnologias da ciência, enunciados na mídia impressa.

ABSTRACT

Issues related to euthanasia practice that have been shown in our society, especially through media, motivated this study.

From approximations to the Cultural Studies in its post-structuralist versions, Science Studies, and works of Michel Foucault, I have questioned how utterances related to life, death, and euthanasia have been shown in media.

In this study, body is understood as a production of social practices; the biological materiality, on being inscribed by discourses and practices from different cultural instances that are articulated or confronted, conforms what we have named as body; dying is seen not only as a biological fact, but also as a process that is socially constructed, whose transformations alter behaviors and feelings; and medicine is taken as a knowledge/power that, particularly from the nineteenth century, in a policy directed towards life, has acted on the body and the biological phenomena, controlling and regulating the individual and his/her life/death.

Presently, media has had a marked role in spreading and instituting certain truths, functioning as an important strategy to regulate body and life. In this sense, utterances that have stricken us daily, when they are embodied, conform certain ways of thinking and acting.

In this study, I have analyzed issues of two newspapers (Zero Hora, from Porto Alegre/RS, and Folha de São Paulo, from São Paulo), and a magazine (Veja), published over the years 2005 and 2006, presenting cases related to euthanasia.

From the discussions and reports considered, I have noticed the occurrence of movements to both debate and rethink the ways power has been exerted on peoples' lives. For instance, mobilizations of society in public manifestations to either support or protest against decisions about life/death of terminal patients with no chances to be cured, as well as the existence of disputes between physicians and lawyers in search of legitimization of the medical practice to suspend or limit procedures and treatments that prolong or maintain patients' "lives".

I have understood that, despite the great developments in techno-science and the amplification of power of medical intervention, more comprehensive reflections to show impacts of these new treatments and their possible

consequences have not been made. Such interventions in the “course” of life/death have acted as strategies to save and maintain life, in a logic ruled by life, without questioning the conditions of either the patient or the life that is maintained.

Finally, I have perceived the political character and strength of those discussions and manifests, mobilizing institutions, such as the Federal Medical Board, to approve a Resolution that favors the limits of knowledge and power over life, besides contributing towards the acceptance of orthothanasia in society and bringing about discussions on the foundations on which Brazilian laws, norms and codes are grounded.

My proposal has been to provide another space to think and problematize certain practices, in relation to the possibility of freedom to decide and act of people facing death situations, as well as to draw attention to the hegemonic position of – religious, juridical, and medical – discourses in life/death management.

Key Words: euthanasia and death processes, medical/scientific knowledge, biopower, science technologies, utterances in printed media.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Demonstração de Harvey das válvulas nas veias, de seu livro sobre a circulação do sangue, <i>De motu cordis</i> , 1628 (http://images.google.com.br/images?svnum=10&hl=ptBR&lr=&q=harvey+1628).....	22
Figura 2 - A lição de Anatomia do Dr. Tulp (HAGENS, 2000, p. 227, apud Kruse, 2003).....	22
Figura 3 - Imagens tridimensionais (Bergamo, 2005a, p. 134).....	24
Figura 4 - Mapa da vascularização superficial (Bergamo, 2005a, p. 133).....	25
Figura 5 - A Primeira Demonstração Pública de Anestesia - realizada por William Thomas Green Morton, 1846 (http://lexi-kon.freenet.de/images/de-thumb/8/89/Boston.jpg/400pxBoston.jpg).....	30
Figura 6 – Terri Schiavo (http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft1-903200513.htm).....	59
Figura 7 – Jhéck Breener (http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian-ff0109200501.htm).....	59
Figura 8 - Piergiorgio Welby (http://noticias.terra.com.br/mundo/interna-0,,OI1312373-EI294,00.html).....	59
Figura 9 - Prótese (RUMO, 2005, p. 47).....	67
Figura 10 – Corpo-máquina (RUMO, 2005, p. 47).....	67
Figura 11 - Técnica de maturação do óvulo (BERGAMO, 2005b, p. 113).....	68
Figura 12 – Quadro informativo (FONTENELLE, 2005, p. 115).....	70

Figura 13 – Pré-doentes (NEIVA, 2005, p. 88-89).....	73
Figura 14 – Lista de <i>sites</i> (BUCHALA, 2005, p. 115).....	76

SUMÁRIO

17	<i>INTRODUÇÃO</i>
20	<i>CAPÍTULO I: DOS CONHECIMENTOS DO CORPO...</i>
20	OLHARES E PROCEDIMENTOS LANÇADOS PARA O CORPO: CONSTITUINDO O SABER MÉDICO...
25	OS CONHECIMENTOS SOBRE O CORPO, AS MUDANÇAS NA SAÚDE E NA ORGANIZAÇÃO DAS CIDADES...
27	ORGANIZAÇÕES MÉDICAS E SANITÁRIAS...
30	TÉCNICAS MÉDICAS DIRECIONADAS AO CORPO E À VIDA DA POPULAÇÃO...
33	A CONSTITUIÇÃO DA MEDICINA COMO UM SABER CIENTÍFICO...
36	<i>CAPÍTULO II: MODOS DE MORRER E LUGARES DA MORTE...</i>
36	LOCAL DE MORRER: FALANDO DE “ONTEM” PARA BUSCAR ENTENDER HOJE...
40	UMA OUTRA ABORDAGEM SOBRE A MORTE...
47	QUANDO A SIMPLES IDÉIA DA MORTE PASSA A COMOVER...
49	MORTE X CURA OU MORRER CURADO...
53	<i>CAPÍTULO III: TECENDO A REDE: CAMINHOS E ESCOLHAS...</i>
53	MOTIVAÇÕES DAS ESCOLHAS DOS OBJETOS DE ESTUDO...
57	MATERIAL DE ANÁLISE
62	<i>CAPÍTULO IV: MORTE NUMA SOCIEDADE PROVIDORA DA VIDA, DA JUVENTUDE E DA SAÚDE OU DA IMORTALIDADE?</i>

62 PROBLEMAS E SENTIMENTOS DESPERTADOS PELAS IMAGENS
DA MORTE...

64 NOÇÕES DE CORPO: ULTRAPASSANDO O ORGÂNICO...

68 À MARGEM DA VIDA: TECNOLOGIAS DE IMORTALIDADE...

79 ***CAPÍTULO V: EUTANÁSIA NO BRASIL***

79 O MORIBUNDO REPRESENTA O QUE DESCONHECEMOS...

81 ENTRE ENCONTROS E DESENCONTROS: TERMOS, DEFINIÇÕES,
LEGISLAÇÃO E POSICIONAMENTOS DA IGREJA EM RELAÇÃO À
EUTANÁSIA...

81 1 – SUICÍDIO

81 Suicídio propriamente dito

82 Suicídio assistido

82 Suicídio passivo

83 2 - EUTANÁSIA

Eutanásia relacionada ao tipo de ação:

88 Eutanásia ativa, positiva ou direta

88 Eutanásia passiva, negativa ou indireta

88 Eutanásia de duplo efeito

Eutanásia relacionada ao consentimento do paciente:

89 Eutanásia voluntária

89 Eutanásia involuntária

89 Eutanásia não-voluntária

89 3- DISTANÁSIA

91 Tratamento fútil ou obstinação terapêutica

92 Cuidados paliativos

94	4 – ORTOTANÁSIA
95	5 – MISTANÁSIA, ESTANÁSIA SOCIAL OU CRIPTONÁSIA
96	Mistanásia em quem não chega a ser paciente: por omissão
97	Mistanásia e o erro médico...
97	(A) Mistanásia por imperícia
98	(B) Mistanásia por imprudência
99	(C) Mistanásia por negligência
100	Mistanásia por má prática
103	6 – MORTE NATURAL
104	7 – LEITURA RELIGIOSA DA EUTANÁSIA
107	<i>CAPÍTULO VI: QUESTÕES DE VIDA E DE MORTE...</i>
107	DIFERENTES OLHARES SOBRE A VIDA, A MORTE E A EUTANÁSIA...
120	DISCUTINDO RESOLUÇÕES SOBRE O VIVER E O MORRER...
133	<i>CONSIDERAÇÕES: AMARRANDO PROVISORIAMENTE OS FIOS DA REDE...</i>
139	<i>REFERÊNCIAS</i>
147	<i>ANEXO: ARTIGO PUBLICADO</i>

INTRODUÇÃO

“... esses exercícios de pensamento e de escrita supõem um duplo jogo. Por isso podem permitir, às vezes, um duplo benefício, mas implicam, ao mesmo tempo, um duplo risco” (LARROSA, 1994, p. 35).

“Escrever é pois ‘mostrar-se’, dar-se a ver, fazer aparecer o rosto próprio junto ao outro” (FOUCAULT, 1969, p. 150, apud SOUZA, 2001).

Busco aqui, de modo sucinto, apresentar ao leitor a escrita que produzi no decorrer da pesquisa. Neste ensaio, não busco fazer nenhuma delimitação, prescrição ou recomendação, mas trazer ferramentas para se pensar de outras maneiras as relações entre o que se fala e se faz quando o tema é a vida e a morte. Este estudo trouxe desestabilizações: colocou-me em diferentes lugares, fez-me pensar as relações de poder/saber com que nos relacionamos cotidianamente e questionar quem e como se produzem os conhecimentos e os limites em que nos colocamos. Nesse sentido, busquei outras maneiras de olhar e pensar sobre o que tem sido dito sobre vida/morte, procurando distanciar-me de visões fixas e estáveis e ver como a “verdade” atinge tais fenômenos e as práticas a eles associadas. Os objetivos desta pesquisa foram conhecer como se vem pensando a morte e a eutanásia nos dias de hoje; problematizar como os discursos médicos, jurídicos e religiosos articulam-se, regendo a vida das pessoas em situação de morte iminente e colocar em questão os enunciados difundidos pela mídia impressa, suas “verdades” e “neutralidade”.

Nesse percurso, busquei nos estudos de autores como Michel Foucault, Rosa Fischer, Paula Sibilia, Marisa Costa, Zygmunt Bauman, Philippe Ariès, José Goldim, Carlos Francesconi, Norbert Elias, Maria Kovács, Johannes Doll e Leocir Pessini, entre outros, ferramentas para pensar e analisar as práticas implicadas na constituição dos sentidos atribuídos à vida e à morte e difundidos pela mídia impressa na sociedade brasileira.

O texto desta dissertação é composto por seis capítulos. No capítulo inicial — Dos conhecimentos do corpo... —, lanço um olhar histórico sobre a produção do saber médico e científico a partir dos conhecimentos extraídos do corpo. Abordo as formas de olhar para o corpo humano em diferentes épocas e as mudanças que os conhecimentos produzidos sobre o corpo, especialmente os

médicos, provocaram na saúde, na organização das cidades, nas técnicas desenvolvidas para diagnosticar as doenças e, finalmente, na constituição do biopoder direcionado à regulamentação da vida e do corpo da população na formação do Estado moderno.

No segundo capítulo — Modos de morrer e Lugares da morte... —, passo a contar sucintamente a história da morte a partir de mudanças sociais e culturais ocorridas ao longo de várias décadas, configurando os processos de morte. Discuto, por exemplo, os locais em que se morria e os sentimentos e comportamentos que se tinha em relação ao doente e ao momento da morte, travando comparações com a atualidade.

No terceiro capítulo — Tecendo a rede: caminhos e escolhas...—, trato das motivações que me levaram a optar por essa temática e a fazer um estudo a partir dos enunciados abordados na mídia impressa. Apresento, também, as ferramentas conceituais e o material selecionado para a realização das análises.

No quarto capítulo — Morte numa sociedade provedora da vida, da juventude e da saúde ou da imortalidade? —, discuto práticas e modos de viver hoje relacionados às dificuldades de nos vermos como mortais e falarmos sobre assuntos ligados à morte. Na busca do ultrapassamento da organicidade do corpo, discuto o prolongamento da vida, a institucionalização da morte e o uso de tecnologias biomédicas voltadas à imortalidade e suas relações com o autocuidado.

No quinto capítulo — Eutanásia no Brasil —, falo do moribundo, de sua “vida” e do que ele representa. Busco frisar algumas classificações a fim de tornar um pouco mais claros os termos utilizados para as definições hoje disponíveis sobre as formas de morte. Trago também uma breve discussão envolvendo as leis, o Código de Ética Médica e os posicionamentos da Igreja Católica em relação à eutanásia.

No sexto capítulo — Questões de vida e de morte... —, abordo como se fala de eutanásia atualmente e as polêmicas geradas em torno dessa prática médica. Examinio trechos de reportagens que trazem diálogos com médicos, propostas de Resoluções para a legalização da ortotanásia, discussões com advogados e os casos mais veiculados pela mídia impressa. Tais situações suscitaram polêmicas, discussões e mobilizações públicas, em âmbitos nacional e

internacional, tornando visível a existência de diferentes pontos de vista, dificuldades e problemas ligados às decisões sobre a vida, a morte e a autonomia das pessoas em situação de morte iminente.

CAPÍTULO I - DOS CONHECIMENTOS DO CORPO...

Neste capítulo, por meio de um breve retorno à história, busco mostrar o desenvolvimento do saber médico e científico a partir dos conhecimentos extraídos do corpo humano e das formas de olhá-lo em diferentes épocas. Trago também algumas das mudanças provocadas pelos conhecimentos produzidos sobre o corpo para a constituição do biopoder.

OLHARES E PROCEDIMENTOS LANÇADOS PARA O CORPO: CONSTITUINDO O SABER MÉDICO...

Na modernidade, explicações que até então se fundavam nos discursos religiosos de modo crescente foram se integrando e, em certa medida, sendo substituídas pelos discursos científicos. Na busca pelas explicações acerca da vida e num processo gradativo de controle e regulamentação das populações que se configuram nas cidades, o homem e o seu corpo tornam-se objetos de conhecimento daquilo que constituirá as chamadas ciências do homem. Nesse processo, os saberes anatômicos e fisiológicos voltam-se cada vez mais para o interior do corpo humano, na procura de explicações para a vida, as quais constituirão, posteriormente, campos de saber – médicos nos hospitais, psiquiátricos nos asilos, anatômicos e fisiológicos nas universidades, dentre outros – a partir dos quais os corpos serão ao mesmo tempo individualizados como objetos de exame e vigilância e agrupados como doentes/sadios, loucos/razoáveis.

Acontecimentos como o distanciamento do destino divino, somados a um conjunto de fatores que transformam as sociedades ocidentais diante do novo papel de Estado, vão cada vez mais interferir e configurar a vida das pessoas (Tucherman, 1999). Nesse processo de objetivação dos indivíduos, produzem-se simultaneamente saberes e procedimentos que serão investidos no corpo, regulando-o e subjetivando-o, configurando o sujeito moderno.

Na criação e normalização da população e das sociedades ocidentais, os saberes adquiridos e fabricados sobre o corpo humano desempenharam relevante papel. No século XVII, os conhecimentos sobre a circulação do sangue vão “modificar a imagem-modelo da compreensão do corpo, estabelecendo um novo entendimento para a sua estrutura, seu estado de saúde e sua relação com

a alma” (Tucherman, 1999, p. 77). Desde os gregos, o coração era visto como um importante órgão do corpo, isto é, fonte de força vital, gerador do calor vital e lugar do espírito. Para eles, a circulação do sangue iniciava no tubo digestivo, indo para as partes periféricas e transformando-se em carne, portanto, era uma circulação aberta (Souza, 1996). Na descrição de William Harvey, o coração bombeava sangue através das artérias do corpo, recebendo-o das veias (Figura 1). Tal idéia não foi aceita na época, pois significava entender a trajetória do sangue como fechada, rever as relações entre a respiração e a pulsação cardíaca, como também as explicações sobre a alimentação do corpo pelo sangue e sua participação no processo de construção dos órgãos (Souza, 1996). As investigações de Harvey sinalizaram o início da fisiologia moderna, visto que introduziram outras compreensões e estudos sobre os movimentos que aconteciam nos órgãos e no corpo, as relações entre a forma e a função dos órgãos, além de um “novo método” de trabalho científico, produto da aplicação do método mensurativo à investigação biológica (idem).

Harvey estabelece a relação do conhecimento científico com o princípio da observação e do experimentalismo pessoal. Nesse entendimento, o Divino, ou a presença de Deus no mundo, não explica de que modo o coração faz o sangue circular. Entre o final do século XVII e o início do XVIII, a partir de suas observações e dissecações, constatou-se que a alma não tinha um lugar específico e localizável no corpo e que o sistema neurológico não precisava de espírito para sentir, mas sim da atividade dos gânglios; assim, teve origem uma outra compreensão sobre o corpo, contestando “a antiga noção de que a fonte de energia era a alma” (Tucherman, 1999, p. 78).

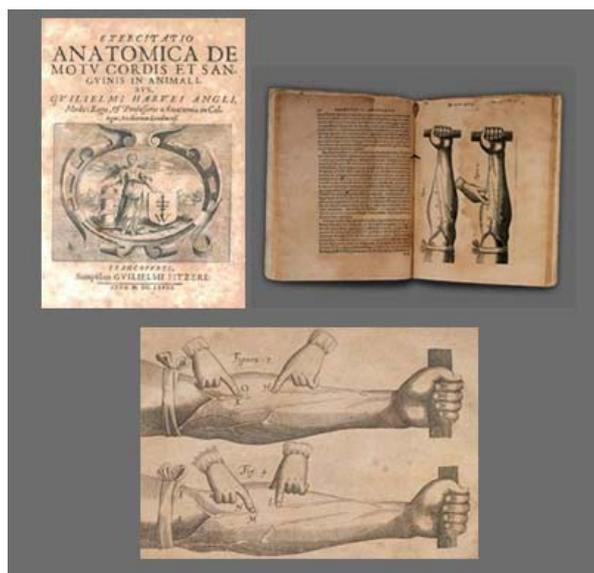


Figura 1 – Demonstração de Harvey das válvulas nas veias, em seu livro sobre a circulação do sangue, *De motu cordis*, 1628.

Com relação às dissecações e observações, abro um parêntese para o estudo de Kruse, que destaca em sua tese a importância dada ao corpo como objeto de estudo da anatomia, trazendo o exemplo de quadros e pintores, principalmente dos séculos XVI e XVII (Kruse, 2003). Os quadros guardavam as cenas de dissecação dos corpos para que fosse possível pensar nelas. Outro ponto a destacar é o fato de mostrarem a aliança estabelecida entre a ciência e a arte, que é exemplificada na Figura 2:

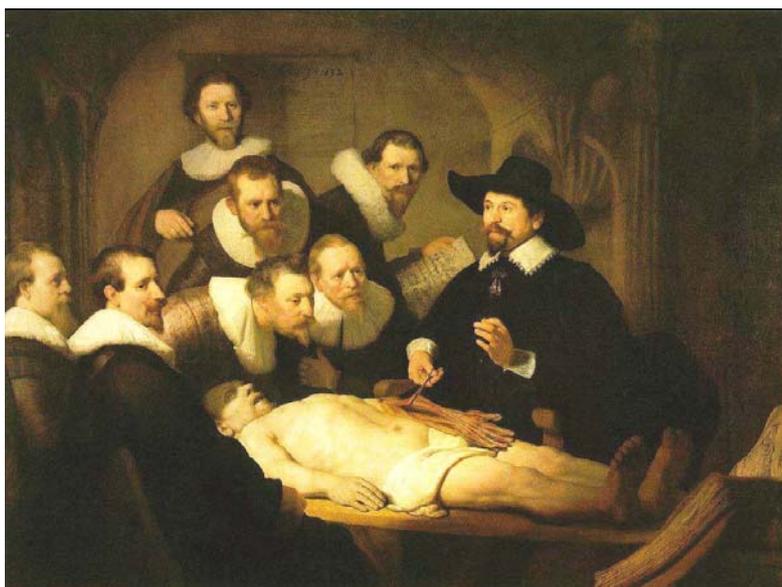


Figura 2 - A lição de Anatomia do Dr. Tulp.

A figura acima reproduz o quadro de Rembrandt, nomeado *A lição de anatomia do Dr. Tulp*, que retrata a dissecação do corpo de um holandês chamado Aris Kindt, acusado de roubar um casaco e, por isso, condenado à morte em 1632. Depois de enforcado, seu corpo foi doado ao Dr. Tulp, que contratou um jovem retratista, Rembrandt, para pintar a cena da necropsia (Kruse, 2003). Na tela, o médico aparece em destaque e é o único que usa chapéu, talvez uma representação da época para realçar o seu saber. Fazendo uso do bisturi, o médico disseca o braço do morto, em referência ao “pecado do roubo, associado desde a Bíblia ao mau uso das mãos” (idem, p. 28).

Os quadros, nessa época, tinham uma utilidade; no caso desse quadro, o corpo ali retratado era um objeto de estudo, dando a possibilidade de a ciência investigar e se apropriar da vida e da morte. Essas imagens possibilitam que pensemos o corpo de determinadas formas, relacionadas a “determinados vínculos sociais, no entendimento que os regimes que definem as verdades sobre o corpo, a saúde e a doença em cada época são contingentes e provisórios” (Kruse, 2003, p. 46).

Se antes se retratava em quadros o corpo ou o esqueleto a partir de uma percepção da sua superfície externa, hoje podemos vê-los e estudá-los de outras maneiras. A ciência e os aparatos tecnocientíficos têm disponibilizado aparelhos que permitem ver o interior do corpo, por meio de técnicas que aprimoraram a visibilidade, a vigilância e o controle da saúde/doença, bem como os diagnósticos e os tratamentos. Isso pode ser exemplificado pela reportagem intitulada “Máquinas que vêem” (Bergamo, 2005a). Nela, uma imagem retrata a visão que podemos ter do corpo, nos dias de hoje, a partir de técnicas de ressonância magnética e tomografia computadorizada, que permitem que enxerguemos o interior dos corpos numa tela de computador em tempo real e com imagens tridimensionais (Figura 3).

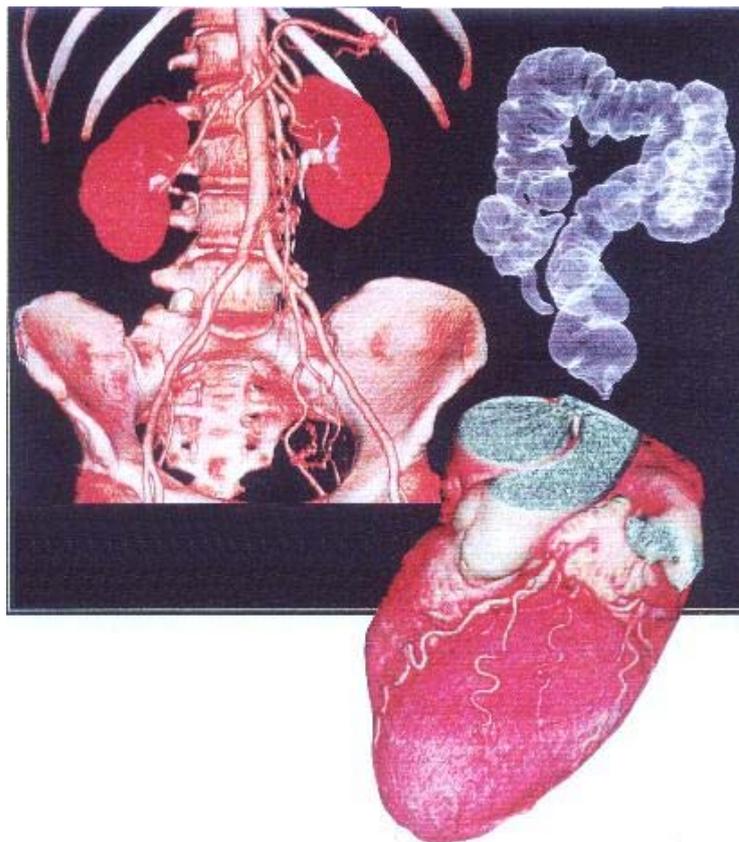


Figura 3 - Imagens tridimensionais.

Se na época de William Harvey a descrição da circulação dava-se a partir da dissecação, hoje fabricou-se um aparelho, chamado *Vein Viewer* (observador de veias), capaz de mapear em tempo real as veias do corpo humano, mostrando até mesmo os vasos mais finos (Bergamo, 2005a); isso marca as transformações ocorridas nas tecnologias e conhecimentos sobre o funcionamento do corpo. O aparelho projeta o mapa da vascularização superficial na pele do paciente em frações de segundo. Sua finalidade é facilitar a coleta de sangue, o tratamento de varizes e a aplicação de injeções (Figura 4). Esse é um exemplo de tecnologia que tornou possível vasculhar e mapear o funcionamento no interior do corpo, em tempo real, criando condições para se dispensar o uso do bisturi para olhá-lo por dentro.



Figura 4 - Mapa da vascularização superficial.

OS CONHECIMENTOS SOBRE O CORPO, AS MUDANÇAS NA SAÚDE E NA ORGANIZAÇÃO DAS CIDADES...

Entre o final do século XVII e o início do XVIII, as idéias de Harvey provocaram o surgimento de novos conceitos no campo da saúde pública e mudanças urbanas, pois serviram de modelo para a formação das cidades, com a facilitação da liberdade de trânsito das pessoas e do seu consumo de oxigênio (idem). Uma vez que as constatações e desenvolvimento de novas teorias sobre o corpo passaram a constituir o modelo de organização das cidades, a cidade era planejada como “composta por artérias e veias contínuas, através das quais os habitantes pudessem se deslocar como as hemáceas e os leucócitos num plasma saudável” (Tucherman, 1999, p. 79).

Seguindo essa analogia, o ar era como o sangue e, por isso, deveria percorrer o corpo, nele penetrando através da epiderme. Isso veio a conferir um novo significado à idéia de impureza, que, mais do que uma mancha na alma, seria a consequência de um desastre moral – “indicava pele suja, em função da experiência humana social” (idem, p. 80). Nesse sentido, a saúde do corpo passou a ser pensada por um “novo paradigma: o de uma corrente que constrói uma nova imagem de saúde individualmente corporal, mudando as relações entre

o corpo e o ambiente humano” (Tucherman, 1999, p. 80). Desse modo, a saúde passa a ser pensada em relação ao ambiente e também como responsabilidade individual, não mais apenas como uma dádiva de Deus. A cidade passa a ser organizada em função da limpeza (drenagem de buracos cheios de urina e fezes para esgotos subterrâneos), as pessoas adquirem novos hábitos de vestir (evitar transpiração) e de higiene (banho); conseqüentemente, criam-se “novas leis de saúde pública dividindo entre os cidadãos e o governo a responsabilidade pela nova imagem de limpeza e saúde” (Tucherman, 1999, p. 81).

Será por intermédio do desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolverá na França a medicina social (Foucault, 2002b). As cidades francesas, no final do século XVIII, eram “multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais” (idem, p. 85). O autor traz o exemplo de Paris, que não formava uma unidade territorial onde se exercia um único poder, mas tinha um “conjunto de poderes senhoriais detidos por leigos, pela igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisdição próprias” (idem, *ibidem*). Além desses, ainda existiam os representantes dos poderes estatais – representantes do rei, o intendente da polícia, os representantes dos poderes parlamentares.

Foi na segunda metade do século XVIII que iniciou, pelo menos nas grandes cidades, a constituição da cidade como unidade, com a organização do corpo urbano de modo coerente e homogêneo e dependendo de um poder único e bem regulamentado (Foucault, 2002b). Essas mudanças se deram por razões econômicas, para unificar as relações comerciais e a produção das indústrias em desenvolvimento. A política também foi uma das razões, pois o aparecimento de uma população operária pobre (plebe) circulando junto à população rica (burguesa) estabeleceu confrontos frente às desigualdades econômicas que passaram a se dar no interior das cidades, “daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana” (idem, p. 86).

É nesse contexto que “aparece e se desenvolve uma atividade de medo, de angústia diante da cidade” (idem, p. 87). O medo urbano, como Foucault denominou a angústia e o medo da cidade, vai se caracterizar por pequenos pânicos, como, por exemplo, a construção de oficinas e fábricas, amontoamento da população, casas altas demais, aumento populacional, epidemias urbanas,

cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade, esgotos, caves sobre as quais são construídas as casas, que corriam perigo de desmoronamento (Foucault, 2002b). Esse medo ou “pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano” (idem, p. 87). Para dominar esses fenômenos, medidas político-médicas foram tomadas, como a intervenção da quarentena, em um plano de urgência aplicado contra a peste e doenças de causas epidemiológicas. O plano da quarentena¹ “foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades, no século XVIII” (idem, p. 88).

ORGANIZAÇÕES MÉDICAS E SANITÁRIAS...

Houve dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: um suscitado pela lepra e outro, pela peste. O esquema médico de reação à lepra consistia “de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação da cidade, de bode expiatório” (Foucault, 2002b, p. 89). O leproso, “logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra a dos outros” (idem, p. 88). A medicalização de uma pessoa consistia em mandá-la para fora da cidade, para purificar o espaço urbano; assim, estava-se também purificando os outros, ou seja, tratava-se de uma medicina de exclusão.

Já o esquema de reação à peste não tinha por princípio a exclusão, mas o “internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar” (idem, p. 89). É a revista militar dos vivos e dos mortos, e não a purificação religiosa, que serve de modelo para essa organização político-médica. Conforme Foucault, a higiene pública “é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande

¹ A quarentena tinha um sistema de vigilância e de registro em que as pessoas deviam permanecer em suas casas. A cidade devia ser dividida em bairros; desse modo, a vigilância esquadrihava o espaço urbano. Os inspetores que percorriam as ruas tinham por função fiscalizar a presença das pessoas em suas casas. Eles emitiam um relatório ao prefeito da cidade, informando tudo o que observavam. Os inspetores passavam e pediam que as pessoas se apresentassem em determinada janela; se uma pessoa não aparecia, era porque estava doente, contaminada pela peste. Tratava-se de uma exaustiva revista dos vivos e dos mortos, acrescida da desinfecção das casas pela queima de perfumes (Foucault, 2002b).

medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve, sobretudo, na França” (Foucault, 2002b, p. 89).

A medicalização da cidade, por meio da medicina social urbana no século XVIII, colocou também a prática médica diretamente em contato com ciências que não eram médicas, fundamentalmente, a química. Foi com a análise do ar, da corrente de ar, das condições de vida e de respiração e com o controle do ar urbano que a medicina e a química entraram em contato (idem). E foi a partir de sua socialização, no estabelecimento de uma “medicina coletiva, social, urbana” (Foucault, 2002b, p. 92), e não por sua forma privada, que a medicina passou a ser científica. A medicina urbana foi “uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (idem, *ibidem*). Por meio dela, estabeleceu-se a relação entre organismo e meio “simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina” (idem, p. 93).

A constituição de um saber médico com caráter científico deu-se pela transformação da medicina, que “passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo” (Foucault, 2002b, p. 93). Nesse sentido, a noção de higiene pública, como “técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde” (idem, *ibidem*), está correlacionada à noção de salubridade. Salubridade, não como sinônimo de saúde, mas como “a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos”, assim como o estado das coisas e do meio enquanto relacionados à saúde, à higiene pública (Foucault, 2002b, p. 93). Conforme Foucault, “grande parte da medicina científica do século XIX tem origem na experiência desta medicina urbana que se desenvolve no final do século XVIII” (idem, *ibidem*).

Nesse século, os pobres não eram considerados fonte de perigo, pois o pobre “funcionava no interior da cidade como uma condição da existência urbana” (Foucault, 2002b, p. 94). Eles eram bastante úteis e exerciam funções fundamentais, como, por exemplo, entregavam cartas (as casas não eram numeradas, e só os pobres detinham conhecimento tão minucioso da cidade), despejavam o lixo, eliminavam dejetos, transportavam água, apanhavam móveis

velhos e trapos, retirando-os da cidade, redistribuindo-os, vendendo-os, etc. (idem).

Somente em meados (segundo terço) do século XIX, o pobre passou a representar perigo, pois, durante a Revolução Francesa e as grandes agitações sociais do começo do século na Inglaterra, “a população pobre tornou-se uma força política capaz de participar de revoltas” (Foucault, 2002b, p. 94). Com o estabelecimento do sistema postal e de carregadores, produziram-se “revoltas populares contra esses sistemas que retiravam dos mais pobres o pão e a possibilidade de viver” (idem, ibidem). Segundo Foucault, “a coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade”, ocasionando a organização e separação dos bairros e de habitações ricas e pobres, o que acabou atingindo o direito de propriedade e de habitação privadas (Foucault, 2002b, p. 94-95). Com a constituição do pobre como um perigo médico, aparece no século XIX, sobretudo, na Inglaterra, “uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas” (idem, p. 97).

A medicina social inglesa foi a que teve futuro, diferentemente da medicina urbana francesa, que “era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder” (idem, ibidem). Essa medicina ligava três pontos: a assistência ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública. Ela permitia, assim, a realização de três sistemas médicos que se sobrepunham e coexistiam – “uma medicina assistencial destinada aos pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada” que beneficiava quem podia pagá-la (Foucault, 2002b, p. 97). O sistema inglês proporcionava a organização de diferentes formas e faces de poder (medicina assistencial, administrativa e privada). Tal delimitação dos setores possibilitou, “durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo”, que se mantém até a atualidade (idem, p. 97-98).

TÉCNICAS MÉDICAS DIRECIONADAS AO CORPO E À VIDA DA POPULAÇÃO...

Em meados do século XIX, foram inventados diversos aparelhos e técnicas com a finalidade de diagnosticar e tratar as doenças, iniciando-se também o uso de substâncias, como o éter, para diminuir a dor durante o procedimento cirúrgico (Figura 5).



Figura 5 - A Primeira Demonstração Pública de Anestesia - realizada por William Thomas Green Morton, 1846.

O microscópio foi uma das ferramentas mais inovadoras dessa época, pois possibilitou o conhecimento dos microorganismos e dos meios de sua proliferação a partir dos estudos de Pasteur, o que proporcionou o desenvolvimento da microbiologia e da imunologia. Os conhecimentos de Pasteur modificaram as práticas médicas, adicionando aos procedimentos, como, por exemplo, o de cirurgia, a preocupação em eliminar os microorganismos. A preocupação com a contaminação gerou a adoção de práticas como a fervura dos instrumentos e das bandagens que seriam utilizados pelos médicos.

Essas mudanças na constituição dos saberes levaram à concepção de verdade como restrita aos conhecimentos passíveis de verificação empírica, o que produziu uma fragmentação nos saberes sobre o corpo, uma vez que estes passaram a ser estruturados a partir dos órgãos doentes (Kruse, 2003). Essas

novas abordagens e técnicas converteram os médicos nos detentores do saber científico, ou *experts*; por outro lado, aqueles que desenvolviam outras práticas médicas eram considerados bruxos e charlatões. Outras práticas relacionadas à saúde, desqualificadas pela medicina tradicional, apesar de terem sofrido muitas mudanças, permanecem até a atualidade, quando nos referimos à medicina alternativa e aos saberes ditos populares.

Nos dias de hoje, os discursos científicos fazem-se presentes na busca por explicações “verdadeiras” sobre as práticas dirigidas ao nosso corpo, por meio da voz dos especialistas. Conforme o caso a que se destinam, são chamados diferentes *experts*, entre eles, os médicos, os advogados, os psicólogos, os religiosos, etc., que ocupam lugares legitimados pela sociedade. Os especialistas, ao utilizarem um saber científico para explicar e categorizar determinada situação, tornam-se porta-vozes das verdades legitimadas pela ciência, vistas como fundadas num saber “neutro”, “racional” e “verdadeiro”.

Ao retomar as estratégias direcionadas ao corpo, é possível ver que, desde o final do século XVIII, o corpo já era alvo

de uma biopolítica da espécie: o corpo não individual, mas da espécie humana, preocupado com a sobrevivência, com o prolongamento da vida, com a proteção da higiene pública e com uma incipiente preocupação com a preservação do meio ambiente (TUCHERMAN, 1999, p. 92).

O corpo e, nele, a saúde, a doença e a morte passaram a ser responsabilidade e propriedade tanto dos mecanismos estatais/científicos quanto do sujeito. O sujeito moderno, ao mesmo tempo em que se torna objeto dos representantes dos campos de saber/poder, cujas verdades incidem em seu corpo, passa a ser visto como auto-suficiente, racional e capaz de livre arbítrio; assim, segundo Foucault, “o homem é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do seu próprio conhecimento” (idem, p. 84). Nesse sentido, as biopolíticas atuaram como estratégias direcionadas à regulamentação da vida das pessoas, estando vinculadas ao biopoder. Esse poder articulou dois pólos, que diziam respeito à espécie humana e ao corpo no sentido de objetos a serem manipulados (Dreyfus; Rabinow, 1995). O primeiro pólo centrou-se no adestramento do corpo, assim como na

ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano* (FOUCAULT, 2001, p. 131).

Essa forma de poder exercida sobre os corpos Foucault chamou de poder disciplinar, cujo principal objetivo era produzir “um ser humano como um ‘corpo dócil’” e também produtivo (Dreyfus; Rabinow, 1995, p. 149). A disciplina, segundo Fonseca (2000), é capaz de normalizar, pois analisa, decompõe os indivíduos, os lugares, o tempo. Ela “classifica os termos, estabelece seqüências e ordenações entre eles, fixa procedimentos de adestramento e de controle e, a partir daí, estabelece uma separação entre o ‘normal’ e o ‘anormal’” (idem, p. 227). Fonseca diz ainda que a norma,

recobrando a superfície que vai do orgânico (corpo) ao biológico (espécie), recupera em seus procedimentos mecanismos mais gerais de intervenção e de poder, como aqueles das medidas de administração empreendidas pelo Estado (FONSECA, 2000, p. 226).

Nesse sentido, a norma disciplinar consiste em tentar definir as pessoas, seus gestos e atos por um modelo que é deduzido do normal (idem).

Retomando a explicação que Foucault traz sobre o biopoder, o segundo pólo a que o autor se refere centrou-se no corpo-espécie, ou seja, nos fenômenos da espécie humana, entendendo o corpo como ser vivo e suporte dos processos biológicos da população, como os nascimentos, a mortalidade,

o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (FOUCAULT 2001, p. 131).

A partir do século XIX, esses dois pólos passam a articular-se, configurando um conjunto de tecnologias direcionadas à vida com base nas disciplinas do corpo e nas regulações da população, que normalizam o coletivo e extraem dele a sua máxima utilidade. Em outras palavras, a união dessas duas formas de poder caracteriza o biopoder e a nossa situação atual (Dreyfus;

Rabinow, 1995). O poder de Estado passa a ter uma forma que é ao mesmo tempo individualizante e totalizadora.

Essa astuciosa combinação das técnicas de individualização e dos processos de totalização teve origem numa antiga tecnologia de poder, originada nas instituições cristãs, o poder pastoral (idem). O poder propagado pelo cristianismo tem como características: 1) o pastor exerce o poder sobre um rebanho, e não sobre uma terra, com o objetivo final de assegurar a salvação individual no outro mundo; 2) o pastor reúne, guia e conduz o seu rebanho (basta que o pastor desapareça para que o seu rebanho se disperse); 3) o papel do pastor é garantir a salvação de seu rebanho, cuidando de cada indivíduo, dia após dia, durante toda a sua vida; 4) a relação do pastor para com o seu rebanho é de devotamento; tudo o que ele faz está voltado para o bem de seu grupo, e, por esse bem, o pastor é capaz de se sacrificar, diferentemente do poder real, que exige o sacrifício dos súditos para salvar o trono (Foucault, 1979 apud Ferreira, 2005; Dreyfus; Rabinow, 1995).

A CONSTITUIÇÃO DA MEDICINA COMO UM SABER CIENTÍFICO...

Na constituição do Estado moderno, ocorre uma transformação nos objetivos do poder pastoral, criando-se uma série de objetivos “mundanos” (Dreyfus; Rabinow, 1995). O objetivo do pastor não é mais a salvação no outro mundo, mas assegurá-la neste mundo por meio das ações de outros representantes do poder do Estado – o médico, a família, a polícia, o professorado, etc. A salvação passa a significar saúde, bem-estar, segurança, proteção contra acidentes. O poder pastoral, modificado e difundido no corpo social, foi ampliado ao ser exercido pelo poder do Estado e da polícia. Esta última foi inventada no século XVIII não só para assegurar a lei e a ordem, como também para garantir a higiene, a saúde, os padrões urbanos, a manutenção e o crescimento das riquezas (idem; Foucault, 2002b).

Em analogia com o antigo poder, em que o papel do pastor era garantir a salvação de seu rebanho, cuidando de cada indivíduo dia após dia, a salvação configura-se no desenvolvimento de saberes sobre o homem e na incidência de estratégias direcionadas à população e ao indivíduo e exercidas por diferentes estruturas, como a medicina, a família, a psiquiatria, a educação e os

empregadores. Esses poderes individualizados acabaram encontrando apoio em diversas instituições, o que possibilitou sua ampliação por todo o corpo social (Dreyfus; Rabinow, 1995). A relação do pastor para com o seu rebanho é de devotamento; logo, tudo o que ele faz está voltado para o bem de seu grupo, ou seja, para o bem da população (Foucault, 1979 apud Ferreira, 2005; Dreyfus; Rabinow, 1995). Nesse entendimento, a instituição é ao mesmo tempo capaz de gerar saberes e de ser o local de “acontecimentos acessíveis ao controle e à aplicação dos novos saberes e, principalmente, de preparar as massas a viverem num Estado governamentalizado” (Veiga-Neto, 2000, p. 190).

A combinação do dispositivo pastor-rebanho com o da cidade-cidadão “dará ensejo aos Estados Modernos, em seu poder, ao mesmo tempo coletivizante e individualizante” (Ferreira, 2005, p. 60). Nesse sentido, “podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (Dreyfus; Rabinow, 1995, p. 237) e a modernidade como resultado da combinação e do deslocamento das práticas pastorais – em que o indivíduo é pastor e ovelha de si mesmo – e o advento da Razão de Estado, ou seja, uma razão do coletivo (Veiga-Neto, 2000). Foi a partir dessa ruptura do saber existente que a razão moderna constituiu saberes sobre o corpo, a saúde e a doença como objeto da medicina, os quais a marcaram como saber científico.

Nessa perspectiva, o médico, como um bom e dedicado pastor, muitas vezes visto como o representante de Deus neste mundo, obstinadamente encontrou-se (encontra-se) na busca de novos saberes e do desenvolvimento de pesquisas científicas cujos resultados sejam mais eficazes e satisfatórios na direção da “salvação” neste mundo, por meio da cura ou do prolongamento da vida. Essa busca acaba, muitas vezes, entrando em confronto com outros direitos, como, por exemplo, a possibilidade de a pessoa decidir sobre as ações em torno do seu próprio corpo, da sua vida e da sua morte.

A realizar esse breve retorno à história, minha intenção foi procurar pensar sobre como lidamos com o corpo e a vida/morte no presente, sem ter a pretensão de empreender um trabalho ou uma abordagem de historiador. Ao falar dos estudos que empreendeu para pensar sobre como nos tornamos o que estamos sendo hoje, Foucault vai nos dizer que não buscou

(...) fazer um trabalho de historiador, mas descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso, é com o objetivo de saber o que somos hoje. (...) Em um certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas... (FOUCAULT, 2003a, p. 258).

Assim, considero que entender os processos implicados na formação dos saberes ditos científicos, que configuram determinadas formas de olhar, ensinar e aprender sobre o corpo, e os efeitos das práticas pedagogizantes presentes em nossa sociedade possa atuar como um importante movimento no sentido de conhecer e pensar a constituição da medicina nos moldes contemporâneos. Para Foucault, a importância não está em buscar as transformações de um objeto ao longo de um período em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, assim, histórico tudo o que é visto e tido como “objeto natural” (Kruse, 2003). Dessa maneira, ao trazer algumas formas como a medicina viu, descreveu, determinou e estudou o corpo ao longo dos tempos, tenho como propósito entender a medicina à que hoje temos acesso e que vem sendo promulgada em reportagens da mídia. Talvez esse percurso possa gerar outras formas de pensarmos determinadas práticas médicas, especialmente aquelas direcionadas ao prolongamento da vida a qualquer “custo”.

CAPÍTULO II – MODOS DE MORRER E LUGARES DA MORTE...

Neste capítulo, parto das mudanças sociais e culturais ocorridas ao longo do tempo para contar um pouco da história da morte e da configuração dos processos de finitude.

LOCAL DE MORRER; FALANDO DE “ONTEM” PARA BUSCAR ENTENDER HOJE...

Hoje, diferentemente de outras épocas, quando falamos na morte das pessoas, geralmente não pensamos em um entretenimento, como, por exemplo, assistir a gladiadores na arena, “a enforcamentos, esquartejamentos e suplícios na roda”, momentos em que “nenhum sentimento de identidade unia esses espectadores àqueles que, na arena, lutavam por suas vidas” (Elias, 2001, p. 8-9). Esses acontecimentos, comparados aos que hoje vivemos, nos possibilitam perceber o quanto nossa identificação com outras pessoas e nossos sentimentos de compartilhar sofrimentos aumentaram diante da morte.

A resolução de problemas relacionados à morte implica a ajuda de pessoas necessitadas que só podem esperar auxílio de outras. Se, em outras épocas, não era tão problemática a noção da espécie humana ou de alguns indivíduos como uma comunidade de mortais, hoje temos dificuldade de nos reconhecermos como tais, o que nos leva a não nos identificarmos com os moribundos e dificulta a resolução dos problemas sociais da morte. Parece contraditório, mas, apesar de nos identificarmos com o sofrimento diante da morte, não conseguimos nos mobilizar na ajuda a doentes terminais, por exemplo, pois nos vemos diante de conflitos e sentimentos gerados pela iminência da morte do outro, que relutamos em reconhecer como parte dos processos associados às nossas vidas. Nesse sentido, a morte é hoje um dos grandes perigos biossociais na vida humana, pois, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social – “para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados” (Elias, 2001, p. 19).

Nos dias de hoje, quando falamos da morte, esta nos traz a idéia do seu acontecimento em uma instituição hospitalar, sob os cuidados e aplicação de

aprimoradas técnicas médicas e científicas. No entanto, temos conhecimento das dificuldades da rotina em hospitais públicos, onde, na maioria das vezes, há mais pessoas do que leitos, o que faz do nosso modelo atual de morte algo tão dramático e quase tão visível quanto as mortes nas arenas. Segundo Ariès (2003), vamos ao hospital para morrer, pois quando os médicos não conseguem mais curar, não vamos ao hospital em busca de cura, mas de um lugar para morrer.

Grande parte da população que procura o hospital no sentido da cura muitas vezes encontra somente um lugar para morrer, algo que se assemelha, talvez, com os asilos que existiram até o século XVIII. Na época anterior ao século XVIII, o hospital era uma instituição tanto de assistência ao pobre, que estava morrendo e precisava de assistência espiritual e de cuidados materiais ministrados por pessoal religioso ou leigo, quanto de separação dos indivíduos que colocavam em risco a saúde da população (Foucault, 2002b).

O aumento da expectativa de vida é um dos efeitos do poder médico, que modificou o modo de se ver, por exemplo, um homem de 40 anos, que no século XIII era tido quase como um velho e no século XX é considerado quase jovem (Elias, 2001). Passamos a ter uma vida mais longa, adiamos a morte, e seu espetáculo deixa de ser corriqueiro. Assim, com mais facilidade nos esquecemos da morte e também de que ela faz parte do curso normal da vida (idem).

Transformações sociais e culturais, ao longo de várias décadas, concorreram para a configuração da morte. No entanto, segundo Ariès, tais mudanças foram “extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade” (Ariès, 2003, p. 20). Esses acontecimentos configuraram o modelo de morte presente nos dias de hoje, ou seja, uma morte institucionalizada pelas técnicas médicas em hospitais.

No período que vai do século V até o fim do século XVIII, a morte era esperada pelo moribundo. De acordo com Ariès (2003, p. 27), “não se morre sem se ter tido tempo de saber que se vai morrer”. O aviso era dado por signos naturais ou, ainda, por convicção íntima, acontecimentos que se mantiveram até os nossos dias por meio do imaginário popular em histórias, contos e causos (Ariès, 2003; Kovács, 2003a).

Essa morte que se anuncia não poderia ser repentina, nem inesperada, ou seria considerada uma morte terrível, pois deixaria de ser anunciada; isso porque, num mundo familiarizado com a morte, a sua repentinidade a tornava infame, monstruosa e vergonhosa como a peste ou a morte súbita, que deveriam ser apresentadas como excepcionais, não sendo nem mesmo mencionadas; afinal, eram uma maldição (Ariès, 2003, Kovács, 2003a). Mortes desonrosas eram também as mortes tidas como clandestinas – que não tinham testemunhas ou cerimônias – e as causadas por assassinatos ou acidentes; nestes dois últimos casos, proibia-se a sepultura cristã, já que não havia tido tempo para o arrependimento (Kovács, 2003a).

A clássica cena da morte era representada pelo moribundo reunindo os familiares em torno do leito para as suas últimas recomendações e despedidas. O moribundo tinha que cumprir os últimos atos do cerimonial tradicional. O primeiro era referente ao lamento da vida, uma recordação triste, mas muito discreta, direcionada aos seres e às coisas amadas (Ariès, 2003). Após o lamento nostálgico da vida, vem o segundo ato, que corresponde ao perdão dos companheiros, dos assistentes, sempre numerosos, que rodeavam o leito do moribundo, a prece; por fim, havia o último ato, a absolvição sacramental. Esta era dada pelo padre, que lia os salmos; a extrema-unção era reservada aos clérigos e dada solenemente aos monges na igreja (idem). Após a última prece, ao moribundo restava apenas a espera pela morte. Caso ela demorasse a chegar, o moribundo deveria esperá-la em silêncio (idem).

Podemos perceber que a morte fazia parte da vida das pessoas. Todos admitiam a morte. Quando a pessoa percebia que iria morrer, a morte era esperada no leito de sua casa². O enfermo não a retardava, preparando-se calmamente para esse momento e, antecipadamente, designando quem ficaria com seus bens materiais. A morte era uma cerimônia pública e organizada pelo próprio moribundo. O quarto do moribundo tornava-se um lugar público, onde se

² Elias (2001) critica essa descrição da morte, em que não se morre sozinho, mas rodeado por amigos e familiares. O autor refere que, nesse período, a morte era violenta, ocasionada pelas guerras, ou se dava na infância, por causas diversas, entre elas as epidemias, a desnutrição, as infecções e a falta de medicamentos, o que tornava as mortes muito dolorosas. Nesse sentido, ele se opõe à visão de Ariès (2003). Ao trazer esses dois pontos de vista, não pretendo, tal como Áries, idealizar a morte, mas me utilizei de sua descrição para mostrar cenas que também existiam naquela época, com a intenção de apontar as diferentes atitudes perante a morte no decorrer do tempo, nas diferentes sociedades e culturas.

entrava livremente – “os médicos do fim do século XVIII, que descobriram as primeiras regras de higiene, queixavam-se do excesso de pessoas no quarto dos agonizantes”, dentre as quais, se incluíam as crianças (Ariès, 2003, p. 34). O fato de ser um evento público era relacionado ao medo que se tinha de morrer só, que era o maior temor (Kovács, 2003a). Outro ponto a destacar era a simplicidade com que todo esse cerimonial era cumprido, dispensando gestos de emoção excessivos e dramáticos (Ariès, 2003). Mesmo os grandes guerreiros que praticavam atos heróicos apresentavam simplicidade na hora da morte. A essa morte próxima e familiarizada, Ariès chamou de “morte domada”, não por ela ter sido selvagem, mas por assim ter-se tornado (idem, p. 36).

Dessa maneira se morreu durante séculos, mas, como vivemos num mundo sujeito a mudanças, hoje essa morte próxima e familiarizada passou a ser muito diferente da que conhecemos. A morte passou a ser um “evento solitário, principalmente quando ocorre em um hospital, dentro de uma UTI” (Kovács, 2003a, p. 30). Hoje passamos a nos preocupar em afastar as crianças dos moribundos e das coisas relacionadas à morte. A morte passou a amedrontar “a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome” (Ariès, 2003, p. 36).

A partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo, passando a exaltá-la e dramatizá-la, mas a complacência com a idéia da morte vai ser a grande mudança que surge no final desse século.

Do século XVI ao XVIII, cenas ou motivos inumeráveis, na arte e na literatura, associam a morte ao amor, Tanatos a Eros – temas erótico-macabros ou temas simplesmente mórbidos, que testemunham uma extrema complacência para com os espetáculos da morte, do sofrimento, dos suplícios (ARIÈS, 2003, p. 65).

Porém, no século XIX, houve uma nova postura diante da morte, afastando-a da idéia de assistir-lhe como a uma solenidade banal, como era considerada. As pessoas, diante da morte, passam a expressar a dor, e essa manifestação é devida a um sentimento novo que surge – a intolerância com a separação.

UMA OUTRA ABORDAGEM SOBRE A MORTE...

Para exemplificar a morte desse tempo, trago alguns trechos do livro *A Morte de Ivan Ilitch*³. Esse livro narra a morte de um burguês russo “obcecado por idéias de conveniência, de respeitabilidade, de situação social; um alto funcionário exatamente ‘como manda o figurino’” (Ariès, 2003, p. 282).

No primeiro capítulo do livro, Tolstói descreve o velório de Ivan Ilitch, que se dá no ano de 1882, e de todos os deveres que o morto obriga aos vivos, como: falar baixo, chorar, fazer sinal da cruz, pisar leve, andar lentamente, ter um olhar entristecido, usar roupas escuras, presenciar o serviço religioso, o velamento do corpo e o funeral...

Ao saber da morte de Ivan Ilitch, seus melhores amigos (os mais chegados) sentem-se obrigados a comparecer ao velório, mas não por vontade própria, e sim pelo dever dos ritos que a morte institui como norma. Os colegas de trabalho pensam nas promoções e nomeações que resultariam daquele falecimento e sentem-se alegres por ser a morte do outro, e não a sua, o que os certifica de que estão vivos. É interessante essa observação do dever moral que as pessoas próximas estabelecem com a família do morto, pois esse dever é constituído por normas que não estão escritas em lugar nenhum, exceto nas práticas cotidianas, que são variantes culturais. Assim, a moral estabelece regras que garantem uma identidade entre as pessoas, ou seja, ela está contida nos códigos, que tendem a regulamentar o agir das pessoas, prevendo as ações humanas (Goldim, 2003).

A partir do segundo capítulo, Tolstói vai descrever momentos da vida de Ivan Ilitch, de sua luta e conquista de bens e de prestígio, a compra de sua casa e a escolha minuciosa da mobília e objetos que compõem uma bela residência burguesa. Nesse momento, acontece o acidente, quando Ivan Ilitch, mostrando ao tapeceiro como queria que as cortinas fossem colocadas, pisou em falso, caiu da escada e bateu o lado do corpo no ferrolho da janela.

Desse momento em diante, a sensação de mal-estar aumenta, e o temperamento de Ilitch se altera. O mau humor passa a ser constante, e a vida já

³ “A Morte de Ivan Ilitch”, Leon Tolstói. São Paulo: Martin Claret, 2005.

não lhe parece mais a mesma. Sua mulher já não estava tolerando sua presença e exigiu que procurasse um médico “famoso”.

Até meados do século XVIII, a medicina era profundamente individualista, uma vez que a formação médica estava centrada no conhecimento de textos e na transmissão de receitas, sendo que a experiência no hospital não fazia parte dessa formação. A cura desenvolvia-se numa relação individual entre médico e doente, assim como na luta do médico como aliado da natureza e contra a doença. Foi a partir da introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que ocorreu a medicalização, produzindo-se um saber médico e transformando-se o hospital num espaço de cura (Foucault, 2002b).

Durante a consulta, Ilitch se sentiu como se estivesse em um tribunal, só que agora o juiz era o médico. Tudo o que ele queria saber era se haveria perigo de morte ou não. As dores não desapareciam, ficavam mais fortes e constantes; mesmo sabendo que estava piorando, consultava diferentes médicos, fazia diferentes tratamentos em busca da melhora, mas a dor e o gosto ruim que sentia na boca só aumentavam, enquanto seu apetite desaparecia. As pessoas de sua família se irritavam e o condenavam por vê-lo tão exigente e triste, como se fosse culpa sua. No tribunal, seus amigos zombavam, dizendo que em breve deixaria o posto. Nem mesmo o jogo de cartas, coisa que mais gostava de fazer, lhe dava prazer. Passava grande parte da noite sem dormir, com dores fortes e assim “vivia”, sentindo-se

(...) à beira do abismo, inteiramente só, sem ente que o compreendesse e o lastimasse⁴.

O medo da morte é sempre forte e coloca os sentimentos de desespero e de tormento acima de quaisquer outros. Mesmo sabendo que estava morrendo, era incapaz de compreender essa idéia, pois não se considerava um simples mortal, o que Ivan Ilitch traz no exemplo de silogismo⁵ que aprendera em um manual,

(...) os homens são mortais, logo Caio é mortal (...) parecia exato em se tratasse de Caio, mas não da sua própria pessoa. Caio era homem em geral e devia morrer. Ele,

⁴ Tolstói, 2005, p. 48

⁵ Raciocínio dedutivo, em que a partir de duas premissas tem-se a conclusão, ou seja, é o resultado das relações que as proposições estabelecem entre si.

porém, não era Caio; não era um homem em geral; era um homem à parte, inteiramente à parte dos outros seres⁶.

*(...) Caio é de fato mortal, e é justo que morra. Mas eu (...), Ivan Ilitch, com todas as minhas idéias, com todos os meus sentimentos – isso é coisa totalmente diversa. E é impossível que eu tenha que morrer. Seria por demais horrível. (...) Eu e meus amigos compreendemos perfeitamente que somos muito diferentes de Caio. E eis que agora... (...) Como compreender isto?*⁷.

A morte iminente não se ocultava mais, estava presente, e o abismo que separava Ivan Ilitch de Caio tinha desaparecido, mostrando que a morte é um grande nivelador. E ela vem com “desculpas” que sempre são consideradas “estúpidas”, como a queda de Ivan Ilitch, cuja conseqüência estava tirando-lhe a vida.

Provavelmente, na proximidade de nossa morte, nós também olharemos para Caio e Ivan Ilitch como seres ilógicos e distantes da nossa realidade, como seres que morreram, mas com quem é impossível nos identificarmos, e, por isso, sempre lutamos obstinadamente até o fim. Luis Fernando Veríssimo diz, ironicamente:

*Sei que você não gosta do assunto,
isso de virar defunto ou, mais apropriadamente,
presunto.*

*Mas ninguém escapa da sina
de ter muita proteína
e morrer, assim, al punto.*

*A biologia, meu caro, não erra:
estamos todos na cadeia alimentícia
da terra.*

Voltando à história de Ivan Ilitch, sua principal angústia era

*(...) aquela mentira aceita por todos, não sabia por que, de que ele estava apenas doente e não moribundo e que bastava que se mantivesse calmo e se tratasse, para que tudo se resolvesse. E, no entanto, sabia perfeitamente que, por mais que fizessem, tudo redundaria apenas em sofrimentos ainda mais terríveis e na morte. E essa mentira o atormentava. Sentiu-se muitas vezes a pique de gritar-lhes enquanto forjavam à sua volta suas mesquinhas invencionices: basta de mentiras! Vocês sabem e eu próprio sei que estou morrendo! Parem, pois, de mentir! Nunca, porém, teve coragem de agir assim*⁸.

Nesse momento não se fala da morte, da cura e da expectativa de vida, mas “todos inclusive o próprio doente, fingem otimismo” (Ariès, 2003, p. 283). As atitudes diante da doença grave ou da morte fazem com que haja uma ruptura das comunicações, iniciando-se o isolamento (idem). Pouco a pouco, são

⁶ Tolstói, 2005, p. 54

⁷ Idem, p. 55

⁸ Idem, p. 60.

retiradas do doente as capacidades de observação, reflexão, decisão, responsabilidades... E ele passa a ser tratado como alguém capaz de esquecer, até mesmo de tomar os remédios. Vão se depositando limites naquele corpo, e os saberes passam a ser de domínio do médico.

Ivan Ilitch só precisava que tentassem entender a situação em que se encontrava e que o cuidassem, sentissem pena, lastimassem seu estado. Ele queria atenção, carinho e acolhimento, e não distanciamento diante de tal vulnerabilidade e ilusões de cura.

Essa circunstância reportou-me a um mandamento, embora me pareça que nunca tenha sido praticado: *amar o próximo como a si mesmo*. Mas o que seria necessário o próximo ter feito para merecer amor? Ser tão parecido comigo que nele posso amar a mim mesmo; ou ser mais perfeito do que eu para que possa amar nele o ideal de mim mesmo... “Mas, se ele é um estranho para mim e se não pode me atrair por qualquer valor próprio ou significação que possa ter adquirido para a minha vida emocional, será difícil amá-lo” (Freud, 1976, apud Bauman, 2004, p. 97).

Então, apesar de ser um preceito supostamente legítimo da vida civilizada, amar o próximo pode ser também contrário ao tipo de razão que a civilização promove, ou seja, “a razão do interesse próprio e da busca da felicidade” (Bauman, 2004, p. 97). Essa razão faz com que nos perguntemos sobre os motivos para amar o próximo e o benefício que isso nos trará – simplesmente por ser um próximo? Ou amar o próximo como amamos a nós mesmos poderia ter outro significado? Como, por exemplo, o de “respeitar a singularidade de cada um – o valor de nossas diferenças, que enriquecem o mundo que habitamos em conjunto e, assim, o tornam um lugar mais fascinante e agradável”, aumentando a abundância de suas promessas (idem, p. 101). Além do que, o próximo representa os valores de reconhecimento, admissão e confirmação da própria dignidade de portar um valor singular, insubstituível e não-descartável (idem). Talvez esse último significado, o respeito à singularidade do ser humano, devesse estar mais presente em nossa racionalidade, ao invés da busca mesquinha por interesses e benefícios geradores de felicidades tão móveis, frágeis e substitutivamente consumíveis. Talvez devêssemos deixar de enxergar o amor nos detalhes e enxergá-lo numa perspectiva maior. Afinal, grande parte das

regras, jogos e avaliações interferem na nossa expressão de amor uns pelos outros, pois pretendem nos proteger, mas essa proteção vem repleta de razões que nos aprisionam e acabam mantendo a vida e o amor à distância (Ross e Kessler, 2004).

Retornando à história... Quando a esposa de Ivan Ilitch o viu deitado de costas, gemendo e olhando fixamente diante de si, para o encosto do divã, ela começou a falar dos remédios... Então, ele disse:

Em nome de Cristo, deixem-me morrer em paz!

Em seguida...

(...) O médico veio à hora de costume. Ivan Ilitch não lhe respondeu senão por “sim” e “não”, sem tirar dele o olhar de rancor; por fim disse-lhe: – O senhor sabe muito bem que não pode ajudar-me; deixe-me, portanto, em paz⁹!

As pessoas lutam até o fim. Nem mesmo o doente quer continuar sendo medicado, mas os outros, ou seja, os vivos, querem vê-lo quieto, sem gritar ou gemer de dor. A previsão e o anúncio da morte são sempre aterrorizantes e intoleráveis aos vivos. Pode-se dizer que uma parte do modelo contemporâneo da morte já estava esboçada nas burguesias daquela época, pois a contrariedade em admitir abertamente a morte, de si mesmo ou do outro, impõe o isolamento moral ao moribundo. Isso inclui, além da pouca interação, a quase ausência de comunicação e a imposição de cuidados e tratamentos que não visam à cura, mas à amenização dos sofrimentos de todos os envolvidos.

A morte, esse abismo para o qual todos nós caminhamos com maior ou menor consciência, abre-se diante do personagem, que começa a perceber a futilidade de sua existência e de suas conquistas. Ivan Ilitch começa a afundar no sofrimento, no medo, na angústia, no ódio, no pânico e no desespero. Seu rancor contra os outros e contra si mesmo é enorme, mas desaparece de repente. Duas horas antes da sua morte, Ivan Ilitch consegue compreender o sofrimento dos vivos e experimenta uma profunda compaixão pela sua mulher e pelo seu filho.

Sim, eu estou atormentando – pensou. – Eles têm pena de mim; mas é melhor para eles que eu morra. Quis dizer-lhes, mas não teve forças. Aliás, para que falar? – pensou – O que é preciso é agir¹⁰.

⁹ Tolstói, 2005, p. 75.

¹⁰ Idem, p. 79.

No último momento, Ivan Ilitch aceitou a morte, dando-lhe uma razão de ser na sua vida e vendo-a como um novo caminho, e não como o fim de todos os seus caminhos.

Nesse momento, o silogismo inverteu-se: ele também era mortal, logo, todos somos mortais; assim como Caio, todos merecem compaixão e compreensão. João Cabral de Melo Neto fala que

*... somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).*

Enfim, a morte de uma pessoa é o momento da grande revelação, é a hora em que a pessoa se vê sem mentiras, sem ilusões, sem subterfúgios.

Acredito que a história da morte de Ivan Ilitch fala do drama de uma vida baseada em representações que pretendem atender às normas sociais. Porém, por mais que a vida de Ivan Ilitch tenha sido considerada exemplar, ela tinha um defeito, pois era composta pela morte.

Durante o velório, quando um dos amigos de Ivan Ilitch quis saber sobre seus últimos momentos de vida, a viúva fala:

– *Ele sofreu terrivelmente nos últimos dias.*

– *Sofreu muito?*

– *Oh! Horripelmente! Não parou de gritar não só durante os últimos minutos, mas durante horas inteiras. Gritou sem cessar três dias seguidos. Era de não se agüentar mais. Não compreendo como pude resistir. Ouviam-se os gritos dele através de três portas. Oh! O que tive de suportar!*

– *Será que ele conservou completa lucidez?*

– *Sim – murmurou a viúva – até o último minuto. Despediu-se de nós um quarto de hora antes do fim, e chegou mesmo a pedir-me que fizesse Volódia sair do quarto¹¹.*

Talvez a resposta que ela devesse dar fosse: no último momento de vida, ele reconheceu que estava morrendo e estava sentindo-se livre, pois o medo da morte tinha deixado de existir, desapareceu e, portanto, parou de atormentá-lo.

¹¹ Tolstói, 2005, p. 23.

Ou seja, ao final de todo o “balanço” que fez de sua vida, ele a recriou e descobriu, conferindo um sentido àquilo que não tinha sentido até então: a morte. Com relação à questão de como se comportar frente aos limites da existência e da morte, Johannes Doll vai dizer que ela “não é nova e acompanha o ser humano desde que ele tomou consciência de que sua vida possui um fim” (idem, 2004, p. 116). O autor refere que a possibilidade de pensar na sua própria morte é uma característica que diferencia o ser humano dos animais.

No entanto, por mais que detenha o conhecimento de sua finitude, o ser humano obstinadamente tenta encobrir a consciência que tem dela. Nesse sentido, o filósofo grego Epikur, na carta dirigida a seu aluno Menoikeus, tenta demonstrar que não precisamos nos preocupar com a morte, explicando:

Desta forma, a morte, o pior de todos os males, representa um nada para nós. Enquanto nós estamos, ela não está, e quando ela está, nós não estamos mais. Conseqüentemente, ela não tange nem os vivos, nem os mortos, pois onde eles estão, ela não está, e estes, na verdade, não existem mais (1973, p. 40, apud DOLL, 2004, p. 120).

Epikur parece sugerir que as preocupações e o pensar sobre a morte seriam dispensáveis. Porém, as reflexões e problematizações que fizemos sobre os processos de morte têm importante papel em nossas vidas. Nesse entendimento, não poderíamos concordar com Epikur, pois “pensar a condição humana e a limitação da vida é pensar no sentido da nossa própria existência”; assim, “a reflexão sobre a finitude nos ensina a viver de forma mais consciente” (Doll, 2004, p. 120). Além disso, ao tomarmos conhecimento da limitação do tempo de nossas vidas, o tempo passa a ser valioso. Por isso, é justamente essa limitação que vai fazer com que aproveitemos da melhor forma possível o período que ainda temos (Doll, 2004; Ross, 1998).

QUANDO A SIMPLES IDÉIA DA MORTE PASSA A COMOVER...

Parto do exemplo da morte de Ivan Ilitch para dizer que, especialmente desde o século XIX, se percebe que a simples idéia da morte passa a comover. São, então, trazidos para a cena da morte a emoção, o choro, a súplica e o gesto que eliminam o caráter banal e costumeiro da morte – não esquecendo as grandes transformações da família, no século XVIII, com as relações sendo fundadas no sentimento e na afeição.

O exagero do luto no século XIX significa que os sobreviventes aceitam com mais dificuldade a morte do outro do que o faziam anteriormente. A morte temida não é mais a própria morte, mas a do outro. Houve uma grande ruptura entre as atitudes diante dos mortos da Antiguidade e as da Idade Média. Na Idade Média, os mortos eram confiados, ou antes, abandonados à Igreja, e pouco importava o lugar exato de sua sepultura, que, na maior parte das vezes, não era indicada nem por um monumento nem mesmo por uma simples inscrição (Ariès, 2003). O objetivo era a proteção do corpo pelos santos até o dia do julgamento, sendo essa proteção uma segurança para o morto e para os vivos, pois havia o temor dos vivos de serem perturbados pelos mortos. Acreditava-se que a proximidade com os santos era muito proveitosa para os defuntos e que as orações os fortaleciam, ou seja, havia um aquecimento da alma dos mortos, o que favorecia a restituição à vida eterna, a salvação das almas (Kovács, 2003a, p. 32).

Os defuntos mais ricos eram enterrados no interior das igrejas, mas seus ossos também tomavam o caminho dos ossários. As localizações mais procuradas eram: o coro, perto do altar, onde se reza a missa, garantindo maior proteção dos santos; o lugar próximo à imagem da Virgem Maria; e a proximidade do crucifixo (Kovács, 2003a). Nessa época, não havia a idéia de que o morto devia ter um local só para si. Na Idade Média, ou mesmo nos séculos XVI e XVII, pouco importava o destino que teriam os ossos, contanto que permanecessem perto dos santos ou na igreja. Foi assim que os corpos começaram a encher os altares e, por fim, os pátios das igrejas. Pela falta de espaço, em função do crescimento das cidades, começaram a ser retirados da terra os ossos antigos das sepulturas para dar lugar a novos corpos. Porém, para o enterro na igreja, tinha-se que pagar valores altos, restando aos pobres as valas comuns e os

ossários. Nas valas, os corpos eram amontoados; quando cheias, as valas eram recobertas de terra, o que deixava aos corpos a possibilidade de serem devorados por animais. Foi somente no fim do século XVIII que o enterro nas igrejas foi proibido (Ariès, 2003).

Podemos perceber que essas diferenças entre mortos ricos e pobres estão presentes em diferentes tempos. Essa diferença hoje é traduzida pela localização dos cemitérios nas cidades e pelo lugar da sepultura, sua construção e ornamentação (Kovács, 2003a).

Por volta do século XIV e, sobretudo, desde o século XVIII, observa-se uma preocupação mais forte e mais freqüente em localizar a sepultura. Essa tendência testemunha um sentimento novo que se exprime cada vez mais, apesar de a visita devotada ou melancólica ao túmulo de um ente querido ser um ato ainda desconhecido.

Nesse período, passa-se a reprovar a igreja por ter cuidado da alma e por não ter dispensado cuidado ao corpo, por apropriar-se do dinheiro cobrado pelas missas aos mortos e desinteressar-se pelos túmulos (Ariès, 2003). Os túmulos tornavam-se, então, o signo da presença dos mortos para além da morte, que não era tida como supunha a imortalidade das religiões de salvação, como o Cristianismo. Tratava-se de uma resposta à afeição dos sobreviventes e à sua repugnância em aceitar o desaparecimento do ente querido (Ariès, 2003).

A necessidade que surgiu foi a da existência de um lugar exato onde o corpo fosse colocado, sendo esse lugar uma propriedade exclusiva do defunto e de sua família. Essa necessidade da individualização do espaço e do pertencimento a um proprietário identificado tornou a sepultura uma grande inovação. Com essa mudança, vieram outras, como as visitas aos túmulos. As visitas ocorrem como se fossem à casa de um parente ou a uma casa própria, cheia de recordações, conferindo ao morto uma espécie de imortalidade, daí a idéia de memorial (Ariès, 2003). Pensa-se, e mesmo sente-se, que a sociedade é composta de mortos e vivos e que os mortos são tão significativos e necessários quanto os vivos. Assim, o “cemitério retomou um lugar na cidade, lugar ao mesmo tempo físico e moral, que havia perdido no início da Idade Média, mas que havia ocupado durante a Antigüidade” (Ariès, 2003, p. 77). Essa atitude traduz o desejo

humano de ser lembrado após a sua morte; caso contrário, isso seria a verdadeira morte. Tal prática mantém-se até os dias de hoje.

MORTE X CURA OU MORRER CURADO...

Dentre as modificações ocorridas com relação aos cuidados com o doente ou moribundo, encontra-se a substituição da família pelas práticas médicas e a tomada do corpo/vida pelo poder médico, “não por qualquer tipo de médico, mas pelo médico do hospital” (Ariès 2003, p. 288), que dispensa o médico da família, juntamente com o padre e a própria família na assistência. Ocorre um deslocamento da morte, da casa e do quarto do doente para o hospital. O médico do hospital apropria-se dos poderes da família e do moribundo, pois no hospital o moribundo passa para o mundo especializado da doença (Ariès, 2003). Nesse sentido, “no hospital, o médico é ao mesmo tempo um homem de ciência e um homem de poder” (idem, p. 289). Essas transformações deram-se a partir da metade do século XIX, e delas outras apareceram. A partir de agora, passo a comentá-las mais detalhadamente.

A partir da metade do século XIX, aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e a ocultar-lhe a gravidade de seu estado – a verdade começa a ser problemática (Ariès, 2003). Porém, passamos a poupar não só o moribundo, como também a sociedade e até mesmo os familiares, da perturbação das emoções excessivamente fortes ou insuportáveis causadas pela agonia e pela presença da morte em meio à plena vida feliz, pois é assim que a vida deve ser percebida. Nesse entendimento, as imagens da morte tornaram-se

cada vez mais raras, desaparecendo completamente no decorrer do século XX; o silêncio que, a partir de então, se estende sobre a morte significa que esta rompeu seus grilhões [ou laços] e se tornou uma força selvagem e incompreensível (ARIÈS, 2003, p. 159).

Essa conspiração do silêncio em relação ao doente visa a mantê-lo na ignorância de seu estado para que ele não sofra e para que não faça sofrer os que estão à sua volta. No entanto, tal encenação não dura por muito tempo; afinal, o paciente sabe o que está se passando, seja pelas informações de seu

próprio corpo, seja pelo que capta em seu entorno. Assim, essas atitudes tendem a dificultar a comunicação, tão preciosa nesses momentos (Kovács, 2003a).

Ocorre, então, um esvaziamento da carga dramática, dando início ao processo de escamoteamento da morte. Essa vontade de fazê-la desaparecer sem que os espectadores se dêem conta, tornando-a despercebida, teve mais força quando a morte foi deslocada para o hospital. Isso aconteceu entre 1930 e 1950, na medida em que o hospital se tornou o local onde se prestam os cuidados que já não se podem oferecer em casa (Ariès, 2003).

A partir daí, o hospital tornou-se o lugar privilegiado da morte – “vamos ao hospital não mais para sermos curados, mas (...) para morrer” (Ariès, 2003, p. 85). Mas, quando ocorre a morte, procura-se fazer com que tudo se mantenha acontecendo da mesma maneira, como se nada especial tivesse ocorrido. Esse é o início de uma mentira, a de que a morte não existe. Isso torna muito difícil falar da morte (idem). Segundo Ariès, “o interdito da morte ocorre repentinamente após um longo período de vários séculos, em que a morte era um espetáculo público do qual ninguém pensaria em esquivar-se e no qual acontecia o que se buscava” (idem, p. 89).

É visível uma transformação – algo que antes era considerado uma exigência passa a ser proibido. No século XX, a morte tornou-se um tabu, talvez maior que o tabu existente em torno do sexo. Um exemplo é a relação que se tinha com o nascimento, em que se dizia às crianças que se nascia dentro de um repolho; em contrapartida, elas assistiam às grandes cenas de despedida à cabeceira do moribundo. Hoje, essa prática foi invertida; as crianças passaram a ser iniciadas desde cedo no entendimento do amor, mas, quando ficam sabendo por que deixaram de ver ou visitar seus avós ou outras pessoas hospitalizadas, se surpreendem.

A “necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou de aborrecimento” (Ariès, 2003, p. 90), parecendo estar sempre feliz, mesmo que se esteja deprimido, faz desaparecer o lugar para expressão da tristeza que a perda ou a doença grave trazem.

Essas atitudes fazem com que passemos a nos limitar. Ninguém quer falar do que está acontecendo, reduzindo-se ao lar a vazão dos sentimentos;

publicamente, é preferível o silêncio. A família passa a lidar com a perda de maneira contida e, para evitar o constrangimento das pessoas, deve manifestar força e controle (Kovács, 2003a). As manifestações de luto são condenadas e desaparecem – “não se adota mais uma aparência diferente daquela de todos os outros dias” (Ariès, 2003, p. 87).

Uma dor demasiado visível não inspira pena, mas repugnância; é um sinal de perturbação mental ou de má-educação, é mórbida. Dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar, com medo de impressionar as crianças. Só se tem direito de chorar quando ninguém vê ou escuta: o luto solitário e envergonhado é o único recurso (idem, p. 97).

Ariès chamou essa forma ou estilo de morrer no hospital – sozinho, inibido, silenciado, escondido e, na maioria das vezes, não acompanhado pela família – de “morte interdita”. Esta é vista como fracasso, acidente, impotência ou imperícia médica. Os médicos passaram a ser “os donos da morte, de seu momento e também de suas circunstâncias”, o que antes cabia à família (Ariès, 2003, p. 86).

Apesar de, em outros séculos, ser extremamente temida, hoje a morte repentina remete à idéia de uma morte boa, ou seja, morrer dormindo na cama de seu quarto passou a ser o sonho da morte de muitas pessoas. Apesar de desejada, é uma ocorrência rara, pois a intervenção dos exames periódicos certamente anunciará a causa dessa probabilidade, que, então, passará a ser medicada, o que impedirá seu acontecimento ou a deslocará para o hospital.

“Evita-se a morte feia, sem elegância, perturbadora” (Kovács, 2003a, p. 73), que causa constrangimentos. Por meio de calmantes, tranqüilizantes ou sedativos, busca-se promover a passividade do moribundo, o alívio e silêncio dos sofrimentos, pelo menos dos físicos e, assim, a possibilidade de expressá-los (idem). Essas atitudes passam a ser refletidas pela repressão do processo de luto, a qual, segundo os psicólogos de hoje, pode causar doenças nos familiares.

Para eliminar a morte da superfície aparente, os funerais foram simplificados e houve um aumento no número de cremações e das cerimônias rápidas (Kovács, 2003a). A cremação é a maneira mais radical de fazer desaparecer e esquecer tudo o que pode restar do corpo, de anulá-lo. Segundo Ariès (2003), as urnas quase não são visitadas em comparação com os túmulos dos enterrados. Nesse sentido, a cremação exclui as obrigações de visita aos

mortos e, conseqüentemente, causa a interdição da manifestação pública da morte e dos sentimentos e expressões de luto.

As pessoas deixam de demonstrar sentimentos de dor e expressões de luto não por indiferença ou por insensibilidade, mas por medo de perder o controle sobre si e mostrar publicamente sua depressão. Conforme Ariès (2003, p. 257), “o novo consenso exige que se esconda aquilo que antigamente era preciso exhibir e mesmo simular o seu sofrimento”.

Ainda segundo esse autor (idem, p. 158), “as imagens da morte traduzem as atitudes dos homens diante da morte numa linguagem nem simples nem direta, mas cheia de artimanhas”, palavras e significados. Isso possibilita que entendamos o morrer não apenas como um “fato biológico, mas [como] um processo construído socialmente”, por isso, sujeito a mudanças permanentes, alterando comportamentos e sentimentos (Menezes, 2004, p. 24).

CAPÍTULO III – TECENDO A REDE: CAMINHOS E ESCOLHAS...

Neste capítulo, apresento o que motivou meu interesse pela temática e pelo desenvolvimento de um estudo com base na mídia impressa. Trago, ainda, as ferramentas teóricas e o material de análise.

MOTIVAÇÕES DAS ESCOLHAS DOS OBJETOS DE ESTUDO...

Nossas escolhas não são livres porque nossos pensamentos não o são. Nossos pensamentos estão conformados pelos discursos que nos cruzam desde sempre (VEIGA-NETO, 1996, p. 18).

Entender que nossas escolhas não são livres leva-me, inicialmente, a explicar para o leitor alguns entendimentos, caminhos percorridos e escolhas que fui fazendo ao longo da elaboração desta dissertação.

Nos estudos que tenho empreendido, tomo a mídia como um domínio pedagógico que, mais do que simplesmente levar as “informações diárias” às pessoas, produz “verdades” sobre o mundo. Ou seja, a mídia, mais do que meio ou veículo de informações de massa, ensina alguma coisa, transmite “uma variedade de formas de conhecimento que, embora não sejam reconhecidas como tais, são vitais na formação da identidade e da subjetividade” das pessoas (Silva, 2001, p. 140). Assim, considero que as informações veiculadas nos meios de comunicação configuram-se como elementos dos dispositivos¹² midiáticos, que muitas vezes atingem lugares aonde instituições como hospitais e escolas ainda não chegaram.

Diante da força da mídia na produção e veiculação de sentidos, a partir dos quais passamos a pensar o mundo, compreendo que os meios de comunicação (jornais, revistas, rádio, televisão...) conferem profundos efeitos na arte de gerenciar a vida cotidiana das pessoas. A mídia, por meio da informação e comunicação, constrói significados e atua decisivamente na formação dos sujeitos sociais e de seus corpos, os quais são tidos como mais uma mercadoria ou objeto de consumo (Amaral, 2000). Ao falar sobre a função pedagógica da mídia, Fischer (1997) diz que

¹² Estou utilizando o sentido de dispositivo como uma formação criada por elementos sociais, discursivos e não-discursivos, que se relacionam num determinado momento histórico com uma função estratégica de dominação (Foucault, 2002b, p.244).

as diversas modalidades enunciativas (...) dos diferentes meios e produtos de comunicação e informação – televisão, jornal, revistas, peças publicitárias – parecem afirmar em nosso tempo o estatuto da mídia não só como veiculadora mas também como produtora de saberes e formas especializadas de comunicar e de produzir sujeitos, assumindo nesse sentido uma função nitidamente pedagógica (idem, p. 61).

A mídia como produtora de saberes vem constituindo-se como uma das “armas” mais potentes da hegemonia cultural. Nesse sentido, “aquilo que não passa pela mídia (...) vai se tornando estranho aos modos de conhecer, aprender e sentir” (Fischer, 1997, p. 62); por outro lado, é capaz de ligar o estranho e a diferença às teias de códigos e signos comuns (Rocha, 1995 apud Amaral, 2000). Mais do que disponibilizar enunciados “de várias formações discursivas (...), a mídia constrói, reforça e multiplica enunciados propriamente seus, em sintonia ou não com outros discursos e outras instâncias de poder” (Fischer, 1997, p. 65). Nessa perspectiva, a mídia tem atuado como uma importante instância que veicula “verdades” que funcionam como estratégias reguladoras na sociedade contemporânea.

Esse entendimento levou-me a problematizar a rede de enunciados relacionada ao morrer (eutanásia, aborto, assassinato, câncer...) presentes em textos de reportagens veiculadas em jornais e revistas. Torna-se oportuno lembrar que, nos dias de hoje, a mídia se configura como uma instância com destacado papel de formadora de opiniões, uma vez que se encontra implicada na constituição de nossas subjetividades. Kellner (2001), ao discutir o papel constitutivo dos anúncios publicitários, fala da importância de nos alfabetizarmos criticamente em relação à mídia, ou seja, “aprender como apreciar, decodificar e interpretar imagens, analisando tanto a forma como elas são construídas e operam em nossas vidas, quanto o conteúdo que elas comunicam em situações concretas” (idem, p. 109). Isso não significa questionar os discursos presentes nas mídias em tom de denúncia, como se estivéssemos “acima” ou “fora” de tais produções culturais. Entretanto, ao perceber tais inscrições em funcionamento, devemos buscá-las em nós mesmos, seja para mudá-las ou não, seja para tentar entendê-las de outras maneiras.

A partir desses entendimentos, minha proposta foi analisar os enunciados produzidos e difundidos por jornais e revistas. Comecei, então, a construção do

meu percurso investigativo. Ao mesmo tempo em que construía esse caminho, fui me deparando com uma multiplicidade de trajetos, dentre os quais eu tinha que constantemente escolher qual trilhar. Mesmo assim, a cada passo escolhido, abriam-se mais estradas... A pesquisa parecia ter vontade própria, coisas que eu não imaginava que pudessem surgir apareciam para me desafiar e não me deixavam outra saída senão conhecê-las e abordá-las. Esses momentos de constante apropriação são intensos, inquietantes, cheios de medo e curiosidade. Foi através desse desafio que o caminho foi tomando forma. Essa forma resultou no meu olhar e na minha leitura sobre as coisas presentes nesse universo informativo e constitutivo da vida, da morte, da saúde, do saber, dos poderes...

Todavia, esse é o caminho que os Estudos Culturais têm a nos oferecer, visto que estamos falando em estudos cujo nome já nos dá pistas – são vários os caminhos, e não apenas um. Sendo assim, os Estudos Culturais não definem *a priori* uma metodologia única à espera de ser aplicada. Não podem ser entendidos como uma teoria que tenha uma determinada metodologia. Segundo Costa (1996, p.10), “não importa o método que utilizamos para chegar ao conhecimento; o que de fato faz a diferença são as interrogações que podem ser formuladas dentro de uma outra maneira de conceber as relações entre saber e poder”.

Outro ponto dessa perspectiva teórica que merece ser esclarecido refere-se ao entendimento de cultura vista como integrando o conjunto das produções e formas de vida que caracterizam uma sociedade. Nesse sentido, esse campo recusa e interroga as separações entre “alta” e “baixa” cultura, existindo apenas determinadas culturas, sem distinções entre maior ou menor “saber”. Ou seja, a cultura “não mais consiste na soma do ‘melhor que se tenha pensado e dito’, considerada como o auge de uma civilização desenvolvida – o ideal da perfeição à qual, conforme a antiga visão, todos aspiravam” (Hall, 1997, p.33). Foi a partir desses sentidos atribuídos à cultura que busquei realizar as análises das reportagens, ou seja, entendendo-as como artefatos culturais, uma vez que são produções sociais implicadas na criação de significados e verdades que integram os processos constitutivos de subjetividades e de identidades. Nas palavras de Hall (1997, p. 26), “devemos pensar as identidades sociais como construídas no interior da representação, através da cultura, não fora delas”.

Como um conceito encontra-se relacionado a outro, utilizo-me do que Costa (1998) nos diz para falar do significado a partir do qual estou usando a representação nesta pesquisa. Para a autora, a representação é “o resultado de um processo de produção de significados pelos discursos, e não como um conteúdo que é espelho e reflexo de uma realidade anterior ao discurso que a nomeia” (idem, p.40). As representações são móveis e não apresentam uma fórmula única ou correta de compreensão das coisas, são apenas “noções que se estabelecem discursivamente, instituindo significados de acordo com critérios de validade e legitimidade estabelecidos segundo relações de poder” (idem, p.41).

Assim, os enunciados presentes nas reportagens não se aproximam de uma verdade ou de um real que está à espera de um registro; afinal, a verdade é uma coisa deste mundo, portanto, criada e inventada (Foucault, 2002b). Se a realidade é uma invenção, “o que interessa não é investigar uma suposta metafísica da realidade; o que interessa é o sentido que damos ao mundo. E este sentido só pode ser dado através de enunciados” (Veiga-Neto, 1996, p.29). Nesse entendimento, “os enunciados fazem mais do que uma representação do mundo; eles produzem o mundo” (idem, p.29).

Neste momento, torna-se relevante pensar acerca da noção de sentido com que estou operando neste estudo. Segundo Souza (2001, p. 131), “os diversos sistemas de significação, ao definirem o significado das coisas, codificam, organizam e regulam nossas ações, constituindo nossas culturas”. Daí a importância em compreendermos o modo como a cultura é modelada, uma vez que ela nos governa, “regula nossas condutas, ações sociais e práticas e, assim, a maneira como agimos no âmbito das instituições e na sociedade” (Hall, 1997, p. 39).

Desse modo, estou entendendo o sentido como algo atribuído, produzido ou fabricado nas relações de uns com os outros, ou seja, na teia sociocultural com que nos relacionamos e constituímos cotidianamente. Nessa perspectiva, os sentidos não são fixos, mas mutáveis, na medida em que incorporamos e resignificamos outros signos e, com isso, transformamos nosso pensar e agir frente às diversas circunstâncias, num constante devir. A respeito da noção de sentido e suas relações com a morte, Elias traz as seguintes discussões:

O “sentido” é uma categoria social; o sujeito que lhe corresponde é uma pluralidade de pessoas interconectadas. Em suas relações, sinais que trocam entre si – que podem ser diferentes para cada grupo – assumem um sentido, um sentido comunal, para começar (ELIAS, 2001, p. 63). (...) O sentido das palavras e o da vida de uma pessoa têm em comum o fato de que o sentido associado a elas por essa pessoa não pode ser separado do associado a elas por outras (idem, p. 65).

É a partir dessa compreensão que venho problematizar o que, nos dias de hoje, a mídia vem apresentando acerca do morrer. Estou acompanhando, pelas “lentes” dos jornais e revistas, a ocorrência de grandes embates na busca da legitimação da prática médica em suspender ou limitar procedimentos e tratamentos que prolonguem ou mantenham a vida dos doentes terminais. Essa legitimação se dá por meio de estratégias sutis, como, por exemplo, pela justificativa de preservação da dignidade de morrer o mais próximo possível do natural, deixando a obstinação terapêutica e toda a sua tecnologia para os que têm chance de viver.

Esses elementos motivaram-me a discutir a produtividade dos enunciados presentes nas reportagens, na tentativa de mostrar como eles constituem algumas das verdades instituídas em nossa sociedade. Em outras palavras, o que estou problematizando é como esses enunciados estão constituindo certos sentidos que se estabelecem como verdades em torno do processo de vida/morte.

MATERIAL DE ANÁLISE

A partir do entendimento de que os textos publicados nas reportagens dos jornais e revistas são difundidos para muitas pessoas e de que essas reportagens carregam significados constituidores de determinados objetos – entre eles, a medicina, a saúde, a eutanásia, a vida, a morte... – e das subjetividades, iniciei o movimento de seleção do material de análise. Para dar início a essa seleção, tive que estabelecer critérios de modo que pudesse escolher, dentre as inúmeras reportagens, algumas para analisar neste estudo. Então, busquei centrar meus apontamentos em questões que tratavam das temáticas propostas pelo projeto inicial desta pesquisa, entre elas, eutanásia, vida e morte.

A escolha dos jornais – *Zero Hora* (Porto Alegre/RS) e *Folha de São Paulo* (São Paulo/SP) – deve-se ao fato de que estes abrangem diferentes áreas de circulação (estadual e nacional); são produzidos em estados diferentes e, por isso, têm características próprias; lideram o mercado dentro do seu segmento; e têm publicações diárias. O jornal *Zero Hora* é editado pelo grupo RBS e caracteriza-se pela grande circulação na região sul do país, principalmente na capital gaúcha; já o jornal *Folha de São Paulo* é editado pela Empresa Folha da Manhã S. A. e caracteriza-se pela ampla circulação, uma vez que atua em nível nacional.

Outro meio de divulgação da mídia impressa que analisei foi a revista *Veja*. Esta é uma revista semanal da Editora Abril, com circulação nacional, que trata de assuntos nacionais e internacionais. Em meio às minhas investigações, entre outras revistas da mesma categoria, esta foi a que apresentou maior número de reportagens sobre as temáticas em questão.

No período entre 2004 e 2006, fomos colocados em contato com a morte e a eutanásia por diferentes formas de acesso, ou seja, por meio de jornais impressos, revistas, cinema, Internet, televisão ou rádio. Essa constatação pode ser percebida, por exemplo, pelo lançamento de vários filmes que retratam a morte, a eutanásia e o suicídio, entre eles: *As Invasões Bárbaras* (2003, Canadá - Denys Arcand); *Menina de Ouro* (2004, EUA - Clint Eastwood); *Mar Adentro* (2004, Espanha - Alejandro Amenábar). Diante desse conjunto de meios de veiculação de situações, informações e discussões associadas à eutanásia e, posteriormente, à ortotanásia, tomei como objeto de análise as reportagens veiculadas na mídia escrita mais recente.

Considereei casos em torno da eutanásia mais apresentados pela mídia impressa por suscitarem polêmicas, discussões e mobilizações públicas internacionalmente, tornando visíveis diferentes pontos de vista e problemas associados a decisões relativas à vida/morte e à autonomia das pessoas em situação de morte iminente. Um dos casos que analisei neste estudo foi o da americana Terri Schiavo (41 anos de idade), ocorrido em 2005, que teve a eutanásia solicitada por seu marido.



Figura 6 – Terri Schiavo

Outra situação que mobilizou a mídia impressa ocorreu em São Paulo, no ano de 2005, em que o pai de Jhéck (um menino de quatro anos) queria pedir à Justiça a eutanásia do filho.



Figura 7 – Jhéck Breener

O último caso, tão difundido quanto os anteriores e bastante recente, ocorreu na Itália, no ano de 2006, tendo como desfecho a morte induzida de Piergiorgio Welby (60 anos de idade).



Figura 8 - Piergiorgio Welby

Em decorrência das discussões geradas em relação à eutanásia e à ortotanásia, abordo também algumas reportagens que debatem a aprovação da ortotanásia pelo Conselho Federal de Medicina, ocorrida em 2006.

Dentre os casos e matérias que discutiam as novas tecnologias de intervenção no corpo, seja para diagnóstico, seja para tratamento, selecionei reportagens que correspondem ao período que vai do início do ano de 2005 ao final de 2006. Os critérios para a seleção das reportagens foram: a superação dos limites do corpo, a previsão e o controle sobre a vida e o seu prolongamento. Em meio a muitas matérias, as reportagens selecionadas para serem analisadas foram as seguintes:

- “Tubo de Americana com Dano Cerebral é Tirado Após Tumulto”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19 mar. 2005.
- “‘Terri Está nas Últimas Horas’ diz pai”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 26 mar. 2005.
- “Pais desistem; EUA Esperam Morte de Terri”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 mar. 2005.
- “Tribunal Volta a Negar Apelo de Pais de Terri Schiavo”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 mar. 2005.
- “No 13º Dia de Agonia, Morre Terri Schiavo”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 01 abr. 2005.
- “Vaticano Afirma que ‘Princípios da Civilização’ Foram Violentados”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 01 abr. 2005.
- “Eles Praticam a Eutanásia”. *Zero Hora*, Porto Alegre, 03 abr. 2005.
- “Terri Morreu, as Dúvidas Continuam”. *Veja*, São Paulo, 06 abril 2005.
- “Entre a Saúde e a Doença”. *Veja*, São Paulo, 04 maio 2005.
- “Máquinas que Vêm”. *Veja*, São Paulo, 11 maio 2005.
- “Eutanásia não Fere Ética Médica, diz CRM”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04 jul. 2005.
- “Rumo ao Homem Biônico”. *Veja*, São Paulo, edição especial, Julho 2005.
- “Médico Defende Fim do Tratamento de Jhéck”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 02 set. 2005.
- “Família do Pai de Jhéck é Contra a Eutanásia”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 06 set. 2005.
- “Pai Desiste de Pedir a Eutanásia do Filho”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07 set. 2005.
- “Mãe diz Esperar Avanço da Ciência para Salvar Jhéck”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07 set. 2005.
- “Estado Promete UTI na Casa de Jhéck”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 09 set. 2005.
- “O Consultório da Internet”. *Veja*, São Paulo, 14 setembro 2005.
- “Deixem Jeson em Paz”. *Veja*, São Paulo, 14 setembro 2005.
- “Vítima de Doença Degenerativa, Jhéck Completa Cinco Anos e Segue Internado”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 set. 2005.

- “Agora, sem Hormônios”. *Veja*, São Paulo, 27 julho 2005.
- “Doação de Órgãos: a Vida de Presente”. *Veja*, São Paulo, 28 setembro 2005.
- “Conselho de Medicina Discute Norma que Aprova Ortotanásia”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jul. 2006.
- “Jhéck Respira Parte do Dia sem Aparelhos”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 jul. 2006.
- “Médico Pode Limitar Ajuda a Doente Terminal”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 nov. 2006.
- “Resolução é um Crime”, diz Promotor. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 nov. 2006.
- “Médico tem Amparo para Interromper Tratamento”. *Zero Hora*, Porto Alegre, 11 nov. 2006.
- “Procurador quer Revogar Permissão à Ortotanásia”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 nov. 2006.
- “Como Você Quer Morrer?” *Zero Hora*, Porto Alegre, 18 nov. 2006.
- “Resolução de Ortotanásia Entra em Vigor”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 nov. 2006.
- “Itália: Ministra Faz Greve de Fome a Favor da Eutanásia”. *Terra*, 04 de dez. 2006.
- Constitucionalista diz que lei ampara ortotanásia no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04 dez. 2006.
- “Itália Faz Vigília Por Homem Que Pede Para Morrer”. *Terra*, 16 dez. 2006.
- “Morre Italiano Doente que Lutava Pela Eutanásia”. *Terra*, 21 dez. 2006.
- “Médico diz que Praticou Eutanásia em Italiano”. *Terra*, 21 dez. 2006.
- “Morte de Italiano Volta Foco à Eutanásia”. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 de dez. 2006.

As análises das reportagens aparecem em meio a discussões que abordo ao longo deste estudo. Elas servem de mote para a abordagem de diferentes questões relacionadas à morte, como, por exemplo, a busca pelo prolongamento da vida através da superação da organicidade do corpo biológico ou pelo uso de tecnologias biomédicas voltadas à imortalidade. Essas são algumas das discussões presentes a partir do próximo capítulo.

CAPÍTULO IV – MORTE NUMA SOCIEDADE PROVIDORA DA VIDA, DA JUVENTUDE E DA SAÚDE OU DA IMORTALIDADE?

Neste capítulo, discuto as dificuldades de nos vermos como mortais e falarmos sobre assuntos ligados à morte, na atualidade. Discuto também questões relacionadas ao ultrapassamento da organicidade do corpo e suas relações com o autocuidado.

PROBLEMAS E SENTIMENTOS DESPERTADOS PELAS IMAGENS DA MORTE...

Numa sociedade centrada na vida, na juventude e na saúde, passamos a ter dificuldades para nos vermos como mortais – afastamo-nos da velhice, dos “velhos” e da morte e isolamos os moribundos. Evitamos pensar e discutir o envelhecimento e a morte como processos contínuos e gradativos no percurso da vida humana. Temos dificuldades de lidar com os sentimentos relacionados à doença, ao envelhecer e à morte, circunstâncias que nos remetem a pensamentos relacionados à nossa própria finitude e que, muitas vezes, geram decisões e atitudes direcionadas à separação e ao isolamento do mundo dos vivos. Em outras palavras, “a morte do outro torna-se dramática e insuportável e se inicia um processo de afastamento social da morte” (Menezes, 2004, p. 27). Diversos autores vêm tratando dos processos associados ao morrer, da exclusão da morte do cotidiano ou do imaginário que criamos de imortalidade. Dentre eles, o sociólogo Norbert Elias vai nos dizer que:

A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram a outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias (ELIAS, 2001, p. 77). A morte não é terrível. Passa-se ao sono e o mundo desaparece – se tudo correr bem. Terrível pode ser a dor dos moribundos, terrível também a perda sofrida pelos vivos quando morre uma pessoa amada. Não há cura conhecida. Somos parte uns dos outros (idem p. 76).

Com relação à questão de como pensar e se comportar diante dos limites da existência e do processo de morte, podemos dizer que ela “não é nova e acompanha o ser humano desde que ele tomou consciência de que sua vida possui um fim” (Doll, 2004, p. 116). Conforme referido anteriormente, a

possibilidade de pensar na sua própria morte é uma característica que diferencia os seres humanos dos animais. Porém, por mais que detenha o conhecimento de sua finitude, o ser humano obstinadamente tenta encobrir a consciência desse processo por meio de mecanismos que sustentem a sua existência.

Embora a morte não tenha como ser abolida, houve enormes avanços na arte de repelir e impedir as causas de seu acontecimento, assim como de estender o tempo de vida. Um dos resultados foi que a morte, esse “inimigo invisível”, desapareceu de vista e do discurso (Bauman, 1998). Entretanto, nossa vida passou a ser policiada do início ao fim, tornando-nos, pelo menos temporariamente, “inválidos acompanhando a vida das janelas do hospital” (idem, p. 195). Para chegar a essas condições, nossa cultura desenvolveu estratégias, como, por exemplo, esconder a morte daqueles próximos à própria pessoa,

colocar os doentes terminais aos cuidados de profissionais; confinar os velhos em guetos geriátricos muito antes de eles serem confiados ao cemitério (...); transferir funerais para longe de locais públicos; moderar a demonstração pública de luto e pesar; explicar psicologicamente os sofrimentos da perda como casos de terapia e problemas de personalidade (BAUMAN, 1998, p. 198).

Enfim, o processo de morte, assim como outros fenômenos da vida social, pode ser vivenciado de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência. Elias (2001) vai nos dizer que:

[Os que estão para morrer] necessitam mais que nunca da sensação de que não deixaram de ter sentido para outras pessoas (idem. p. 68). Talvez devêssemos falar mais aberta e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério (idem, p. 77).

Isso nos leva a pensar que os sentidos do morrer não são fixos, podendo ser transformados segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. A relação estabelecida hoje pelos indivíduos e pela sociedade com a morte afastou-a do cotidiano, transformando-a em um tabu, privando o homem de sua própria morte (Menezes, 2004). O problema passou a ser o conhecimento da morte. A previsão do fim absoluto da pessoa criou problemas e despertou – a partir da imagem da morte de que se tem consciência – os terrores e temores dos seres humanos, afinal, “a morte é um problema dos vivos” (Elias, 2001, p. 10). Essa

preocupação diante do tema representa apenas uma outra expressão do nosso interesse em manter a vida.

Mesmo diante da previsão do próprio fim, ocorre a tentativa de suprimir esse conhecimento indesejado e encobri-lo com noções mais satisfatórias. O medo de nossa transitoriedade é amenizado com a ajuda de uma fantasia pessoal e relativamente privada de vida eterna em outro lugar (Elias, 2001). A possibilidade de mortalidade faz com que encaremos a morte como uma afronta e uma indignidade. De acordo com Bauman (1998, p. 191), “estar ciente da mortalidade significa imaginar a imortalidade, sonhar com a imortalidade, trabalhar com vistas à imortalidade (...) ainda que seja somente esse sonho que enche a vida de significado”. Com esse entendimento, procuramos pensar na morte¹³, afastando-a o máximo possível ou acreditando que nunca ocorrerá conosco – “os outros morrem, eu não” (Elias, 2001, p. 07).

A administração dos medos humanos faz com que não nos reconheçamos como mortais e finitos, ao mesmo tempo em que impede e dificulta que falemos sobre os processos de morrer, o que torna as práticas relacionadas à morte importantes fontes de poder de umas pessoas em relação a outras (idem). A exemplo disso, têm-se as práticas relacionadas aos cuidados com os doentes, as quais passaram das famílias e dos religiosos para o monopólio dos médicos e suas instituições, onde o poder médico vai intervir “para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências” (Foucault, 2002a, p. 295).

NOÇÕES DE CORPO: ULTRAPASSANDO O ORGÂNICO...

Ao pensarmos na medicina e em seus modelos atuais, percebemos que ela “produziu uma morte em hospital, medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa, escondida e isolada” (Menezes, 2004, p. 33). Se, por um lado, segundo Foucault (2002b), a história do hospital não se encontra relacionada à cura, por outro, era para o hospital que, antes do século XVIII, eram

¹³ “O número de definições que surgiram como consequência do desenvolvimento tecnológico já deixa bem claro que não é esta uma definição puramente médica e, por isso, tem implicações morais e legais” (Fransisconi & Goldim, 2005, p. 73). Porém, falar da morte de um corpo humano é também falar do momento em que as pessoas deixam de existir, ou seja, é a morte do corpo humano e da vida humana biológica (Engelhardt, 1998).

levados os pobres moribundos a fim de que tivessem assistência espiritual na morte e não representassem perigo de contágio para a cidade. Foi a partir do final do século XVIII que ocorreu a reorganização da instituição hospitalar e sua articulação com a prática médica, o que criou condições para a constituição do saber médico extraído do indivíduo e confrontado entre os hospitais. O indivíduo e a população tornam-se, então, “objetos de saber e alvos da intervenção da medicina” (Foucault, 2002b, p. 111). Assim, a medicina pode ser entendida como “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (Foucault, 2002a, p. 302).

Sibilia (2003), ao falar da tecnociência, comenta que “esses mistos de poder-saber conformam os contextos nos quais vivemos e falamos, eles nos constituem e nós os constituímos permanentemente” (idem, p. 41). Essa relação entre poderes e saberes é capaz de criar incessantemente as tecnologias de poder¹⁴.

Analisando o funcionamento da tecnociência moderna e contemporânea, Sibilia (2003) diz que a filosofia da tecnociência contemporânea se inscreve em duas figuras míticas da cultura ocidental, Fausto e Prometeu. Para a autora, essas duas tradições não constituem necessariamente um par de oposições, mas duas linhas em perpétua tensão, sendo que ambas podem existir em um mesmo período histórico.

As aspirações da tradição prometéica pretendem dominar tecnicamente a natureza e o faz visando ao bem da humanidade, à emancipação da espécie e, fundamentalmente, das classes “oprimidas” (Sibilia, 2003). Tendo o conhecimento científico como libertador, a tradição prometéica deseja melhorar as condições de vida por meio da tecnologia e da dominação racional da natureza. Essa tradição enfatiza a ciência como “conhecimento puro”, tendo uma visão meramente instrumental da técnica e primando pela fé no progresso material, na perfeição da técnica e nos avanços da ciência como conhecimento racional da natureza. Ela

¹⁴ Esse poder é constituído por mecanismos, em que, um conjunto de ações de uns sobre outros, ‘conduz condutas’ e ordena o campo das possibilidades dos outros (Dreyfus; Rabinow, 1995). Ele “coloca em jogo relações entre indivíduos (ou entre grupos)” (idem, p. 240). “Pois não devemos nos enganar: se falamos do poder das leis, das instituições ou das ideologias, se falamos de estruturas ou mecanismos de poder, é apenas na medida em que supomos que ‘alguns’ exercem um poder sobre os outros” (idem).

aposta na melhora gradativa das condições de vida dos seres humanos, por isso, tem vistas ao futuro, mas este não é pensado como infinito, pois haveria limites com relação ao que pode ser conhecido, feito e criado. Nesse sentido, visa ao aperfeiçoamento do corpo, mas este será sempre naturalista, e não transcendentalista, ou seja, não se pretende ir além dos limites impostos pela “natureza humana” (idem).

Na atual sociedade tecnológica, o antigo prometeísmo está em decadência. Os avanços mais recentes na área biotecnológica e da informática a serviço do “deciframento da vida” fazem vigorar a tradição fáustica. Esta tradição esforça-se para desmascarar os argumentos prometéicos, revelando o caráter essencialmente tecnológico do conhecimento científico (Sibilia, 2003). Na perspectiva fáustica, os procedimentos científicos não visam à verdade ou ao conhecimento da natureza íntima das coisas, mas à compreensão dos fenômenos para exercer a previsão e o controle total sobre a vida. Essa perspectiva não pretende a melhora das condições de vida, mas é atravessada pelo estímulo insaciável e infinitista, desconhecendo os limites, buscando o domínio e a apropriação total da natureza e superando suas limitações biológicas, inclusive, a mortalidade (idem). A visão fáustica vincula-se à noção cada vez mais presente de superação dos limites do corpo que tem sido tema de discussões contemporâneas.

Esse foi o caso da discussão apresentada na reportagem intitulada “Rumo ao homem biônico” (RUMO, 2005). A reportagem trata da criação de projetos em andamento para a produção de próteses que respondam aos comandos do cérebro, como, por exemplo, aparelhos como câmera e microfones que possam ser conectados ao cérebro, dando visão a cegos e audição a surdos. Uma mescla de tecido humano com materiais artificiais, apresentada pela revista, vem configurando novas noções de corpo, ou seja, um corpo-máquina a partir da incorporação de objetos que passam a fazer parte do sujeito, ultrapassando os limites da sua organicidade e garantindo sua utilidade e produtividade. Isso é apontado nestas imagens trazidas pela reportagem (Figura 9 e 10):



Figura 9 - Prótese



Figura 10 - Corpo-máquina

Um outro exemplo de superação do orgânico relacionado à origem da vida, que já se tornou procedimento de rotina nos consultórios médicos, vem a ser a fertilização *in vitro*. Essa tecnologia garante que as mulheres com problemas de fertilidade possam gerar filhos. Esse foi o tema da reportagem intitulada “Agora sem hormônios” (Bergamo, 2005b), que fala de uma técnica de fertilização em que a maturação e a fecundação de óvulos ocorrem fora do corpo da mulher. Segundo a reportagem, a medicina reprodutiva tornou-se uma das áreas que mais evoluíram nos últimos anos, atendendo, talvez, à lógica de fazer viver, como é apontado por esta imagem trazida pela reportagem (Figura 11).



Figura 11 – Técnica de maturação do óvulo.

À MARGEM DA VIDA: TECNOLOGIAS DE IMORTALIDADE...

Como vinha discutindo, as relações entre poder/saber criaram tecnologias direcionadas à superação do orgânico, ao prolongamento da vida e à imortalidade, ou seja, o “fim da morte”. Pesquisas da atualidade, como a engenharia genética, a criogenia e os fármacos são exemplos de que esses “projetos”, além de aceitáveis, tornaram-se realizáveis pelas biotecnologias. Dentre elas, está a de uma vida sem sofrimentos, em função dos psicofármacos; sem fim, com o uso da bioengenharia e do congelamento dos organismos à espera de técnicas médicas mais eficazes; e também uma vida controlada e melhorada através de práticas eugênicas. Enfim, todas essas promessas e buscas poderiam acabar por fazer, segundo Bellino (1997), concorrência com os cemitérios em um futuro não tão distante.

As conquistas tecnocientíficas presenciadas nos últimos anos exigem que se revisem os limites médicos e jurídicos entre vida e morte: “as condições antes consideradas como morte passaram a ser reversíveis, exigindo a elaboração de novas leis, definições e práticas” (Hughes, 2001 apud Sibilía, 2003, p. 51). O borramento das fronteiras entre a morte e a vida, que antes eram nitidamente definidas, traz conceituações probabilísticas que determinarão o estado do paciente e as chances de recuperação.

Não morremos mais como antigamente e percebemos mudanças, no campo médico, geradas por modificações que foram criadas na hospitalização, nas unidades de terapia intensiva e nos transplantes, que “caracterizam três

grandes tendências do século XX que alteraram totalmente o horizonte da morte e do morrer” (Valls, 2004, p. 176). Essas mudanças trouxeram outras, entre elas, a doação de órgãos, que devem ser retirados ainda vivos do paciente, ou seja, “quando o paciente estiver legalmente morto” (idem, ibidem).

A definição de morte legal tem como pressuposto a utilização dos órgãos para fins de transplantes, efeito das preocupações com a vida e em manter vivo aquele que está considerado sem salvação ou condenado à morte. Ou seja, a morte torna-se legal quando tem como função gerar ou prolongar a vida de outros. Tal argumento vincula-se à noção cada vez maior de morte encefálica¹⁵, que vem constituindo a definição de morte na nossa sociedade.

Segundo reportagem da revista *Veja*, intitulada “Doação de órgãos: a vida de presente” (Fontenelle, 2005), houve um crescimento da doação de órgãos, principalmente pelas famílias de pessoas com morte encefálica. De acordo com a reportagem, “de cada quatro famílias, apenas uma recusa a doação” (idem). Mas isso não tem conseguido diminuir a fila de pacientes à espera de órgãos, reflexo do acesso cada vez maior da população aos transplantes. A reportagem aponta um levantamento da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, mostrando que o número de doadores e transplantados cresce ao ritmo de 10% ao ano. Para esclarecer as perguntas mais comuns de potenciais doadores, de seus parentes e de candidatos a transplantes, a reportagem apresenta ao leitor um quadro (Figura 12) que informa, por exemplo, como se tem a certeza de que houve morte encefálica; que a intenção de doar não precisa ser documentada; quais as partes do corpo que podem ser doadas; quem não pode ser um doador; que não se pode escolher o receptor após a morte; que os custos da doação são pagos pelo Sistema Único de Saúde; o tempo de liberação do corpo; que a retirada dos órgãos não deforma o corpo e que órgãos podem ser doados em vida (fígado, medula óssea, pâncreas, rim e pulmão).

¹⁵ Morte encefálica é definida pela parada irreversível de todas as funções cerebrais, ou seja, só é constatada a morte encefálica caso estejam inativas todas as funções cerebrais, incluindo o tronco cerebral, que controla a respiração, o batimento cardíaco e a pressão sanguínea (Martin, 1998).

COMO TER CERTEZA DE QUE HOUVE MORTE

ENCEFÁLICA? O conceito de morte encefálica é bem estabelecido. Ela é comprovada por testes clínicos, como a checagem de reação à dor, ao calor e ao frio, complementados por eletroencefalograma, arteriografia, angiografia cerebral, entre outros exames. Pelo menos um dos médicos deve ser neurologista, e nenhum deles pode fazer parte da equipe que realizará o transplante.

É PRECISO QUE A INTENÇÃO DE DOAR SEJA

DOCUMENTADA? Não é necessário nenhum registro em documento. Basta deixar a família avisada. Ela vai considerar isso como último desejo e autorizar a doação.

QUAIS PARTES DO CORPO PODEM SER DOADAS

APÓS A MORTE? Coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas, pele, ossos, córneas, tendões, veias, medula óssea, cartilagens e até mesmo uma estrutura completa (mão, por exemplo). Um único doador, teoricamente, pode ajudar 25 pessoas.

QUEM NÃO PODE SER DOADOR? As vítimas de doenças infecciosas, transmissíveis ou câncer generalizado.

PODE-SE ESCOLHER QUEM SERÁ O RECEP-

TOR DOS ÓRGÃOS? Na doação em vida, sim (veja texto na página seguinte). Na doação após a morte, a família não pode escolher. São obedecidos os critérios de compatibilidade e de urgência, conforme a fila coordenada pelas secretarias estaduais de Saúde.

QUEM ARCA COM OS CUSTOS DA DOAÇÃO?

Todas as despesas são pagas pelo Sistema Único de Saúde.

O CORPO DEMORA PARA SER LIBERADO?

O processo de documentação da morte encefálica e a retirada dos órgãos levam de doze a dezesseis horas.

A RETIRADA DOS ÓRGÃOS DEFORMA O CORPO?

Não.

QUE ÓRGÃOS PODEM SER DOADOS EM VI-

DA? Fígado, medula óssea, pâncreas, rim e até mesmo pulmão. Os textos da página seguinte explicam essas doações em detalhes.

Figura 12 – Quadro informativo.

Seguindo a discussão sobre as possibilidades de cura que a doação de órgãos propõe, nada garante que não ocorrerá rejeição¹⁶ e que todo o esforço, custo e desgaste gerados pelas cirurgias de transplante sejam válidos, exceto por prorrogar um pouco o prazo da morte. Quando se passou a dividir o corpo e olhar para as suas partes – os seus órgãos –, possibilitou-se a criação das diversas especialidades disponibilizadas hoje, porém a partir de entendimentos de pontos isolados, e não da complexidade da vida em seu conjunto. Tal complexidade associada a um olhar especializado muitas vezes pode fazer com que o tratamento médico gere efeitos colaterais (como problemas em outros órgãos), e não a tão esperada cura.

¹⁶ Sobre a rejeição, a mesma reportagem, “Doação de órgãos: a vida de presente” (Fontenelle, 2005), traz uma manchete intitulada “O fim da rejeição” em que comenta a chance de sucesso, as medidas de prevenção, apontando o exemplo do transplante de medula, que durante décadas, causou problemas que hoje estão bastante reduzidos em função dos imunodepressores – medicamentos contra a rejeição.

Nesse sentido, os caminhos apontados pelos “avanços” da medicina também podem representar riscos. Na tentativa de driblar a morte a qualquer custo ou através de diferentes estratégias, criam-se e buscam-se permanentemente maneiras que nos possibilitem fazer viver ou agir sobre a vida. Enfim, a recusa em aceitar a finitude acabou gerando várias linhas de fuga.

As mudanças médicas cruzam-se, ainda, com a desvalorização sociocultural da morte, tendo como efeito mudanças nas cerimônias de funerais e de velamento do corpo. Tais processos foram associados por Foucault aos mecanismos¹⁷ de biopoder, cuja focalização na vida, desde o século XIX, teria atenuado o sentido da morte, como discuti no capítulo anterior. Segundo o autor, o biopoder ocupa-se dos processos que são próprios da vida, dos fenômenos coletivos de uma população (como natalidade, mortalidade, longevidade, doenças, etc.). Esse poder lida com o corpo múltiplo, com estatísticas de uma população, com a população “como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2002a, p. 292-293). Os mecanismos de ação da biopolítica têm como finalidade a regulamentação da população, buscando prever seus eventos, “controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos” (idem, p. 297).

Assim, a partir do século XIX, configura-se uma medicina cujas ações se dirigem aos problemas de higiene e de saúde pública, enquadrando-se numa política de regulamentação da vida da população, ou seja, como um campo de saber em que as estratégias pretendem fazer viver. Porém, essas estratégias de fazer viver hoje se confrontam com o direito de morrer. Ao estarmos sob os cuidados de uma instituição hospitalar, não temos mais o direito de decidir pela nossa morte, estamos ali buscando manter a vida. No entanto, temos que nos questionar sobre que vida estamos mantendo e qual o “preço” que estamos dispostos a pagar. Será que viver é estar inconsciente, imóvel, sob ação de sedativos, “vivo” graças aos tubos e máquinas disponibilizados pela tecnociência?

¹⁷ Estou utilizando mecanismo no sentido de um conjunto de ações de uns sobre outros, que “conduz condutas” e ordena o campo das possibilidades dos outros (Dreyfus; Rabinow, 1995).

Esta é a vida que o artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁸ nos assegura quando declara: “Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”?

Uma das questões que têm perturbado a aceitação natural de se manter a vida é o penoso período de tempo longe da família e dos amigos, acompanhado por estranhos numa cama de hospital em que as pessoas ali nomeadas pacientes podem ter em comum apenas a doença. No hospital, enquanto se aguarda uma possível recuperação, gradativa e ironicamente, ocorre a perda dos companheiros de quarto. Situações como essas levam-nos a pensar se o “avanço” tecnocientífico pode ser ou não considerado em prol do indivíduo. Nessa perspectiva, os pactos entre o homem e a ciência fizeram com que o objeto de cuidado da medicina passasse a ser a vida humana, e não a pessoa, gerando a despersonalização da doença e a desumanização da medicina (Bellino, 1997). Segundo Foucault,

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. (...) o biológico reflete no político (FOUCAULT, 2001, p. 134).

Ao aprendermos que somos uma espécie viva, para onde caminhamos? O percurso leva-nos às práticas e estudos de “técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens”, tendo como idéia central o “governo dos vivos”. Assim, o custeio (movimentação da economia) dos exames e remédios para prevenir os riscos¹⁹ ao longo da vida fica a critério das pessoas, por meio de suportes preventivos como, alimentação, esportes, vitaminas, terapias, entre outros (Foucault, 1997, p. 101). Tal argumento vincula-se, por exemplo, a procedimentos que determinam a variação estabelecida na taxa de normalidade, definida por critérios que aumentam o número de pré-doentes, ou seja, pessoas

¹⁸ A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um dos documentos básicos da Organização das Nações Unidas, assinado em 10 de dezembro de 1948. Nela, são enumerados os direitos que todos os seres humanos possuem (ORGANIZAÇÃO, 2006).

¹⁹ Risco é “uma regra que permite ao mesmo tempo unificar uma população e identificar os indivíduos que a compõem segundo um mecanismo de auto-referência” que pressupõe que todos os indivíduos possam ser afetados pelos mesmos males, ou seja, todos estão expostos e partilham as respectivas responsabilidades (Ewald, 1993, p. 97).

que apresentam características que podem propiciar o surgimento de certos distúrbios.

Esse assunto foi apontado em uma reportagem da revista *Veja* intitulada “Entre a saúde e a doença” (Neiva, 2005). A reportagem traz a noção de que a prevenção de riscos não tem esperado nem mesmo que a doença se manifeste para que o médico exija exames para detectar a pré-doença e determinar seu controle e a intervenção no corpo. Essa noção está sendo cada vez mais aceita e vem constituindo a definição de saúde e a mudança nos hábitos de vida. A revista mostra um quadro com as novas definições para o diagnóstico de algumas doenças, como se pode ver na Figura 13.

A UM PASSO DA DOENÇA			
CONDIÇÃO	PRÉ-DIABETES	PRÉ-HIPERTENSÃO	COLESTEROL
PARÂMETRO DE NORMALIDADE ANTIGO	Glicemia abaixo de 110 miligramas por decilitro de sangue	Nenhum até 2002, havia apenas as pessoas com pressão normal ou as hipertensas	Abaixo de 240 miligramas por decilitro de sangue
PARÂMETRO DE NORMALIDADE ATUAL	Glicemia abaixo de 100 miligramas por decilitro de sangue	Pressão arterial abaixo de 12 por 8**	Abaixo de 200 miligramas por decilitro de sangue
NÚMERO ATUAL DE BRASILEIROS QUE SE ENQUADRARIAM NA PRÉ-DOENÇA	10 milhões	30 milhões	40 milhões
TRATAMENTO	A redução de 7% do peso e cinquenta minutos de atividade física três vezes por semana reduzem em até 58% os riscos de diabetes. Remédios também podem ser indicados.	Trinta minutos de atividade física três vezes por semana, no mínimo, e redução da ingestão de sal, gorduras e bebidas alcoólicas.	Depende dos outros fatores de risco associados ao colesterol alto. Pessoas com dois ou mais fatores de risco, como tabagismo e histórico familiar, devem tomar estatinas para baixar o colesterol. Atividades físicas são recomendadas porque aumentam o HDL, o colesterol bom.
COMENTÁRIO	O pré-diabetes não é apenas uma condição prévia ao diabetes. Ele por si só já aumenta os riscos de problemas cardiovasculares, como infartos e derrames.	Para alguns médicos, os novos padrões estão demasiadamente rigorosos, já que apenas metade dos pré hipertensos desenvolve hipertensão.	Uma corrente de médicos sugere a prescrição de estatinas inclusive para pessoas sem alterações nas taxas de colesterol. Para esses especialistas, não basta que o colesterol esteja baixo. Ele tem de ser o menor possível. A redução exagerada do colesterol, no entanto, pode acarretar sérios problemas ao organismo.

Figura 13 – Pré-doentes.

A reportagem traz, ainda, uma discussão sobre a tomografia computadorizada, informando que este exame analisa a quantidade de cálcio nas artérias, um marcador de risco cardíaco, pois indica acúmulo de gordura e, conseqüentemente, a chance de ocorrer uma obstrução nos vasos. Assim, uma

pessoa que se considerava saudável passa a ser considerada pré-doente. Tais diagnósticos e as possibilidades a eles associadas geram outros efeitos, segundo a reportagem: “para alguém que, de uma hora para outra, passa a ser considerado pré-doente, essa notícia pode ter um efeito negativo preocupante” (Neiva, 2005, p. 90). Assim, tais procedimentos podem causar medo e mudanças no comportamento das pessoas, efeitos de um diagnóstico precoce que pretende aumentar a chance de cura e diminuir o risco de seqüelas, mas que pode promover angústia.

Um outro exemplo trazido pela mesma reportagem, relacionado aos efeitos de diagnósticos “preventivos”, refere-se ao carcinoma *in situ* em mamas de mulheres. A presença dessas células anormais não significa o desenvolvimento de um tumor maligno. No transcorrer do texto, a reportagem apresenta os seguintes questionamentos:

Alguns médicos se perguntam se é mesmo necessário informar uma mulher que ela tem esse problema muito antes do surgimento da doença (NEIVA, 2005, p. 91). Pelas novas regras da medicina [e com os chamados exames de rotina], pode-se estar doente mesmo quando existe o bem-estar físico, mental e social (idem, p. 92). Talvez seja preciso estabelecer também um padrão de normalidade para quem vive à caça de novos padrões de anormalidade (idem, ibidem).

A partir dessa reportagem, percebo que hoje outro problema apresentado são as doenças relacionadas ao estilo de vida que as pessoas optam por manter, doenças que são entendidas como resultado de resistência ou falta de informação. Como já comentei, tem-se à disposição várias prescrições de diferentes áreas médicas, indicando, regras, normas e padrões de vida (como as dietas, os exercícios, as análises, os exames preventivos...) direcionados a assegurarem a saúde, objetivo principal.

Um outro ponto a ser mencionado é que essas prescrições têm sido difundidas por diferentes meios de informação, seja pelos programas de televisão e pelas reportagens de revistas e jornais, seja pela Internet. Esta última tem oferecido importantes aportes para o autocuidado, pois, através do conhecimento disponibilizado por esse meio, o sujeito tem a chance de se apropriar de detalhes da sua doença e de seu corpo de forma que haja um disciplinamento de seu comportamento e de seus hábitos. Isso indica que hoje, para determinada

camada da população, a informação sobre a sua doença não está somente na consulta ao médico. Ao mesmo tempo, essa prática vem gerando cobranças de atualização dos médicos relativamente aos novos tratamentos, uma vez que a difusão da informação possibilitou maior acesso a ela por determinados grupos sociais.

A esse respeito, a reportagem da revista *Veja* intitulada “O consultório da internet” (Buchala, 2005) fala sobre a nova maneira de apropriação das características das doenças, de seus tratamentos e da repercussão que têm tido. A matéria comenta que o paciente, na sala de consulta, não é mais o mesmo, pois deixou de aceitar resignado às decisões do seu médico. O novo paciente vem munido de informações que recolhe no consultório informal da Internet, causando muitas dúvidas e até mesmo a possibilidade de o paciente sugerir outros tratamentos. Em contraste ao paciente de poucos anos ou mesmo sem acesso a tal tecnologia, o novo paciente não se conforma apenas com a imposição do médico. Ele exige um diálogo que o convença dos propósitos dos tratamentos prescritos e de que determinado tratamento é a melhor opção. Conforme a fala de um médico à revista, “o saldo positivo disso tudo é que médicos que não estavam habituados a conversar detalhadamente com seus pacientes estão tendo de mudar de atitude” (Buchala, 2005, p. 115).

Ao mesmo tempo em que a reportagem retrata a Internet como uma ótima fonte de informação, chama a atenção para os problemas associados às consultas a *sites* com informações equivocadas. A revista apresenta ao leitor uma lista de *sites* internacionais e nacionais considerados confiáveis, salientando, ainda, que a lista foi preparada com a ajuda de profissionais (Figura 14).

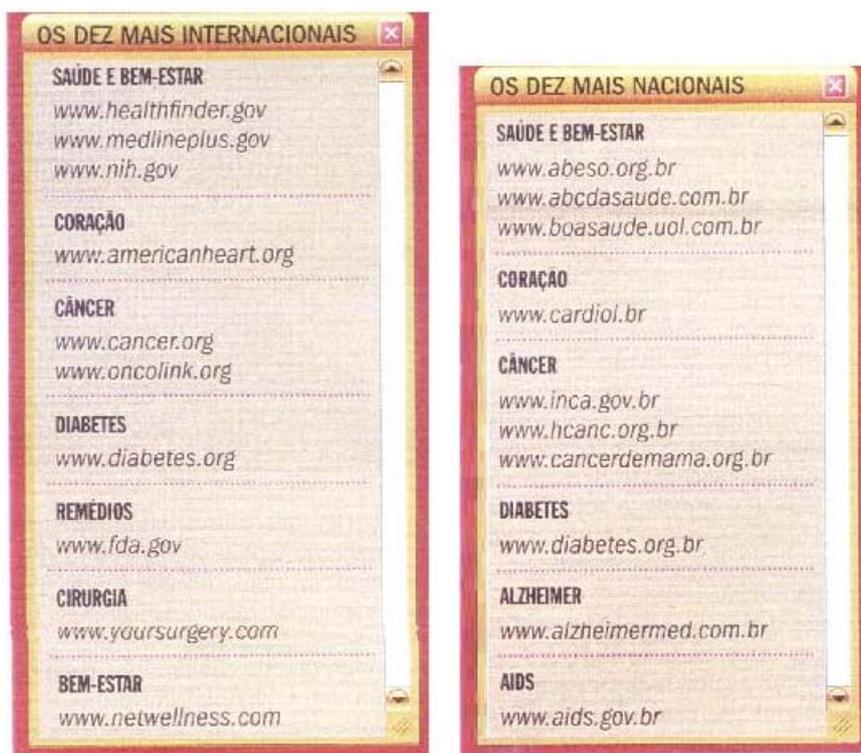


Figura 14 – Lista de sites.

A articulação de estratégias direcionadas à “autonomia” do sujeito e ao biopoder fez com que houvesse um aumento dos cuidados de si em relação à saúde. O biopoder engendra o nosso cotidiano e vida através da naturalização de suas estratégias e, por que não dizer, da universalização dos cuidados com a saúde. Hoje algumas opções, como a de ser sedentário ou fumante, entre outros comportamentos, caracterizam a nova categoria denominada comportamento pessoal de risco. As pessoas que optam por manter essas práticas ou “vícios” são vistas como descuidadas e desleixadas com relação a si mesmas. Nesse entendimento, é possível dizer que o biopoder visa à administração e regulamentação da vida da população, interferindo nas possíveis escolhas dos sujeitos e nos modos de viver vistos como saudáveis ou não – ou seja, na sociedade, se aprendem formas de ser saudável e de ser doente. Segundo Sibilía (2003), a naturalização do biopoder foi sendo construída ao longo da história, ocorrendo, assim, a incorporação do controle²⁰ e gerando menos resistências

²⁰ O sentido de controle que utilizo é com relação a uma operação mais macro, que não pega o detalhe, que não é e nem precisa ser contínua, por isso não é da ordem do microfísico. O controle pode ser considerado mental ou abstrato, não acompanha o processo, nem se dá em tempo real, mas visa ao resultado a partir de comparações entre as coisas que estão submetidas a regras (Foucault, 2002b, Ewald, 1993).

explícitas, uma vez que o poder passa a ser exercido de formas mais sutis e sofisticadas, imbricado aos saberes.

Associados à promoção da saúde, encontram-se os discursos de juventude e beleza, atrelados às regras de mercado, consumo e produção cujas estratégias de propaganda e/ou marketing têm a finalidade de produzir sujeitos consumidores, que movem a indústria de academias, fisioterapias, roupas esportivas, alimentos *diet* e *light*, fármacos, cosméticos, cirurgias plásticas/estéticas, etc. Em uma rede de discursos que circula em diversas instâncias (mercado, mídia, medicina, ciência...), a imperfeição e incompletude de nosso corpo vêm sendo produzidas ao mesmo tempo que a saúde e a beleza – e por meio de atitudes e cuidados necessários ao atendimento das exigências que são para o “nosso próprio bem” ou para o bem de nosso corpo. Numa sociedade de consumo regida pela política do mercado, para suprir os “desejos” e as “necessidades” dos corpos consumidores, encontram-se à disposição tantos objetos e procedimentos quanto forem “necessários” para garantir vida longa, saúde, juventude e beleza, que conferem as promessas do mais antigo desejo humano: a vida eterna.

Enfim, o biopoder é “fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, cujo objetivo é produzir forças, fazê-las crescer, ordená-las e canalizá-las, em vez de barrá-las ou destruí-las” (Sibilia, 2003, p. 163). Para isso, o biopoder atua constantemente, por meio de novos saberes e técnicas, para ajustar-se e para conquistar novos espaços, onde podem acontecer os embates, as resistências, as fugas imanentes ao viver. Nesse sentido, a morte, momento em que o indivíduo se encontra na iminência de escapar ao poder, deixa de interessar aos mecanismos do biopoder.

Outra discussão presente na atualidade refere-se às regulamentações das ações e do direito à propriedade relacionadas à tecnociência da indústria biotecnológica, em que a fabricação da vida, seja de um organismo, seja de suas estruturas, se tornou mais um dos “produtos que possam ser úteis para o mercado” (Sibilia, 2003, p. 174) e vendáveis para aquela parcela da população humana cujo poder aquisitivo permite adquirir os produtos da biomedicina. No caso da genética, por exemplo, a patente de material genético dos organismos vivos, ao legalizar a propriedade intelectual, autoriza a sua transformação em

mercadoria e regula a posse de vidas (idem). No sistema capitalista contemporâneo, encontramos-nos diante de novas fontes de recursos econômicos. A produtividade do corpo e do tempo da vida extraída pelo trabalho não é mais suficiente. Hoje, a biocolonização permite que novas colônias sejam invadidas e exploradas, como, por exemplo, o interior dos corpos de pessoas, plantas e animais (Sibilia, 2003).

Diante disso, interrogo-me a quem pertence o “meu” corpo. Este corpo, cuidado e investido ao longo da vida, será meu mesmo? Qual o meu poder de decisão sobre o meu corpo e a minha vida?

Numa sociedade regida pela vida, pelo fazer viver e pela produtividade do indivíduo, ponho-me a pensar sobre as finalidades dos mecanismos de prevenção, controle e tratamento direcionados à saúde do corpo e à manutenção da vida. Fico pensando na produtividade de um paciente terminal²¹ sob os cuidados médicos na UTI (Unidade de Tratamento Intensiva) de um hospital. Em casos em que não há a possibilidade de cura para a medicina atual e em que a vida do paciente se encontra na dependência de equipamentos, que razões movem os investimentos na vida? Ao que parece, na lógica em que nos movemos, mesmo no termo da vida, as estratégias de poder, médicas, religiosas e tecnológicas direcionam-se ao controle daquilo que resta ao indivíduo, tornando, neste caso, o paciente produtivo enquanto “viver”.

Para as diferentes formas de morrer, hoje, a medicina criou categorias, como, por exemplo, *tratamento fútil*, *distanásia* e eutanásia, entre outros, definidos a partir de quem e do tipo de intervenção realizada no processo de vida/morte. No capítulo a seguir, apresento e discuto tais definições.

²¹ Paciente terminal é aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, de três a seis meses, independentemente das ações médicas que são colocadas em prática (Fransisconi & Goldim, 2005).

CAPÍTULO V – EUTANÁSIA NO BRASIL

Neste capítulo, trago algumas discussões sobre a “vida” do moribundo. Apresento a conceituação de termos utilizados para definir as formas de morte na atualidade e discussões sobre questões relacionadas à eutanásia sob diferentes olhares – Lei, Código de Ética Médica, Igreja.

O MORIBUNDO REPRESENTA O QUE DESCONHECEMOS...

A ordem, o que busca nos dar segurança, consiste na resposta aos nossos medos. Segundo Bauman (1998), a ordem

significa um meio regular e estável para os nossos atos; um mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam distribuídas ao acaso, mas arrumadas numa hierarquia estrita – de modo que certos acontecimentos sejam altamente prováveis, outros menos prováveis, alguns virtualmente impossíveis (idem, p. 15).

Ao falar do sonho de pureza não realizável, Bauman usa as palavras de Mary Douglas, que faz analogia da desordem com a sujeira, dizendo que esta é essencialmente a desordem e que “não há nenhuma coisa que seja sujeira absoluta. Ela existe ao olhar do observador” (Bauman, 1998, p. 16). Lendo sobre esse olhar sobre a sujeira e entendendo-a como algo atribuído, pensei na forma como vive um doente terminal²² em uma UTI – o moribundo que espera pela morte e ocupa um leito que poderia ser de uma pessoa com chances de vida, aquele que dá despesas, mas que, acima de tudo, desafia o saber médico e científico, pois não responde mais aos medicamentos, não levando aos resultados esperados. Nesse sentido, ele é causador da desordem, por isso, acaba isolado ou recebendo ajuda para encontrar a sua morte um pouco antes – por uma intervenção denominada eutanásia –, o que nada mais é que a busca da tão sonhada ordem. Sobre essa analogia do ser humano com a sujeira, o autor vai dizer que,

²² Doente terminal é aquele paciente que não tem mais possibilidade de cura e que não responde aos recursos médicos (Martin, 1998).

entre as numerosas corporificações da “sujeira” capaz de minar padrões, um caso (...) [é] de importância muito especial (...) a saber, aquele em que são *outros seres humanos* que são concebidos como um obstáculo para a apropriada “organização do ambiente”; em que, em outras palavras, é uma pessoa ou, mais especificamente, uma categoria de pessoa, que se torna “sujeira” e é tratada como tal (BAUMAN, 1998, p. 17).

Talvez a sujeira seja uma palavra carregada de significados fortes e indesejáveis, mas cada um de nós é guiado por preconceitos sobre as coisas, não necessariamente contra, mas pré-constituídos, pois ingressamos num mundo pré-fabricado.

Considerando a sujeira como um elemento que desafia o propósito dos esforços de organização e a própria possibilidade de esforços eficientes, o estranho passa a ser a verdadeira síntese dela (Bauman, 1998). O estranho é aquele que

despedaça a rocha sobre a qual repousa a segurança da vida diária. Ele vem de longe; não partilha as suposições locais – e, desse modo, “torna-se essencialmente o homem que deve colocar em questão quase tudo o que parece ser inquestionável para os membros do grupo abordado” (idem, p. 19).

O moribundo passa a ser o estranho, aquilo que representa o que se desconhece, ou seja, ele representa o estado de morte iminente e, por isso, causa estranhamento e até mesmo medo. Esses elementos acabam dificultando a nossa aproximação do moribundo, pois estaríamos nos confrontando com a idéia da nossa própria morte e com todos os temores que ela causa. Essa falta de aproximação dificulta, tanto para o médico quanto para o paciente, a aptidão em reconhecer a morte e enfrentá-la.

Sem o estímulo da esperança pela vida, sem apoio e com o isolamento, o paciente mergulha numa depressão profunda, passando a sentir-se condenado à morte, mesmo que ainda lhe reste algum tempo de vida (Ross, 1998). Se desenvolvêssemos o hábito de pensar, de vez em quando, na morte e no morrer, talvez fosse menos difícil nos defrontarmos com ela em vida (idem). Afinal, como conseguiremos ajudar as pessoas que estão na iminência de morte se não conseguimos encarar a morte com serenidade? Diante da saúde e da perfeição corporal, referências centrais em nossa sociedade, há a necessidade de uma nova significação para a vida ainda possível. A morte precisa de um novo sentido

para ter um novo enfrentamento e para que haja um lugar para o paciente que está vivo, até que a morte chegue. “Este paciente certamente ocupa um lugar especial, a ponto de ser objeto de intervenção de uma rede extensa de profissionais: sua morte é tematizada, discutida e detalhadamente avaliada” (Menezes, 2004, p. 213). Em outras palavras, sua vida e sua morte passam a ser controladas por especialistas.

*ENTRE ENCONTROS E DESENCONTROS: TERMOS, DEFINIÇÕES,
LEGISLAÇÃO E POSICIONAMENTOS DA IGREJA EM RELAÇÃO À
EUTANÁSIA...*

No livro *A ordem do discurso*, Michel Foucault faz um diálogo entre a instituição e o desejo, em que a instituição responde ao desejo dizendo:

Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, que ele lhe advém. (...) o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo? (FOUCAULT, 2003b, p. 07-08).

A morte, na contemporaneidade, é objeto de diferentes práticas. Com o surgimento das instituições médicas dirigidas ao cuidado dos doentes em terminalidade, emergem categorias específicas de processos de morrer. A partir dessas categorias, são produzidos discursos em torno dos modelos de morte que começam a ser difundidos na sociedade. Os significados atribuídos são tantos quantos os nomes. Então, para que possamos prosseguir com a discussão, cabe frisar algumas classificações, uma vez que a clareza terminológica é indispensável para fundamentar juízos consistentes.

1 – SUICÍDIO

– **Suicídio propriamente dito:** é uma ação que o sujeito faz contra si próprio e que resulta em morte (Kovács, 1985).

O suicídio é um ato voluntário, de caráter consciente e intencional, pelo qual uma pessoa tem a intenção da sua própria morte e a provoca. Pode ser realizado de diversas formas – por atos (tiro ou envenenamento) ou por omissão (greve de fome). Ambas as formas de suicídio têm em comum a introdução de

uma causa de morte, não existente anteriormente (Goldim, 1997). Segundo Kovács (1985), entre as situações mais associadas ao suicídio, estão a ausência de significado ou de sentido na vida e a impossibilidade de modificação de situações frustrantes ou tensionantes que configuram a situação de desamparo. Entre os fatores que podem predispor ao suicídio, estão: a perda de emprego, os problemas econômicos, o sentimento de inutilidade, a perda da auto-estima e a causa mais comum, que é o luto (idem).

O Código Penal Brasileiro declara no Artigo 122º que tanto o induzimento, a instigação, quanto o auxílio ao suicídio são crimes (Brasil, 1940).

**PARTE ESPECIAL - TÍTULO I - DOS CRIMES CONTRA A PESSOA
CAPÍTULO I - DOS CRIMES CONTRA A VIDA**

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio

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

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

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

– **Suicídio assistido:** quando uma pessoa auxilia na concretização da morte de uma outra, que não consegue executá-la sozinha. A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita, por exemplo, pela prescrição de doses altas de medicação, pela indicação de uso, através de persuasão ou de encorajamento (Goldim, 2004b). Independentemente do ato, a pessoa que contribui para a ocorrência da morte da outra compactua com a intenção de morrer através da utilização de um agente causal (idem).

No meio hospitalar, pode ocorrer quando o profissional da saúde oferece os meios para o paciente consumir a sua morte (Fransisconi & Goldim, 2005). Essa situação, do ponto de vista legal, é considerada crime.

– **Suicídio passivo:** deixar de fazer alguma ação, daí podendo resultar em morte; por exemplo, não tomar medicamentos. Essa situação é difícil de ser comprovada. Suicídio sempre implica a necessidade de uma cuidadosa

investigação, já que diversos fatores podem estar envolvidos nessa ação (Kovács, 2003b).

2 - EUTANÁSIA

O termo “eutanásia” vem do grego, podendo ser traduzido como "boa morte" ou "morte apropriada". O termo foi proposto por Francis Bacon, em 1623, em sua obra *Historia vitae et mortis*, como sendo o "tratamento adequado às doenças incuráveis" (Fransisconi & Goldim, 2005, p. 74). De maneira geral, entende-se por eutanásia a ação em que uma pessoa causa “deliberadamente a morte de outra pessoa que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento”; mesmo com a solicitação do próprio paciente ou de seus familiares próximos, é legal e eticamente inadequada (idem, ibidem).

Esse termo tem sido utilizado de maneira confusa, pois tem assumido diferentes significados, conforme o tempo e o autor que o utiliza. Os elementos que caracterizam a eutanásia são a intenção e o efeito da ação, situando-se, portanto, “no nível das intenções e no nível dos métodos empregados” (Pessini, 2001, p. 406). Nesse entendimento, uma dosagem de morfina, por exemplo, que visa ao alívio da dor e não à abreviação ativa da vida é somente o desejo do médico e a esperança de que o paciente não sofra mais. Assim, não deve ser chamado de eutanásia e nem de ação que abrevia a vida. Nomeia-se de eutanásia apenas o procedimento que desencadeia a morte do paciente por intenção do médico (idem).

A eutanásia, segundo Martin, é “um ato médico que tem por finalidade acabar com a dor e a indignidade na doença crônica e no morrer, eliminando o portador da dor” (Martin, 1998, p. 172). Porém, segundo o mesmo autor, apressar o óbito de um doente terminal

com a intenção de ganhar mais rapidamente a herança seria mistanásia, se não simplesmente assassinato. Apressar o óbito deste mesmo doente terminal, motivado por compaixão e com a intenção de mitigar seu sofrimento, seria eutanásia. Boas intenções não levam, necessariamente, a bons resultados. Compaixão por aquele que sofre é, sem dúvida, um sentimento que enobrece a pessoa (idem, p. 182).

Os debates sobre os sentidos deste termo acabam gerando confusão, mas “é importante que as pessoas percebam com clareza o que estão aprovando e o que estão condenando” (Martin, 1998, p. 172). A eutanásia, “tanto em sua origem etimológica (“boa morte”) como em sua intenção, quer ser um ato de misericórdia, quer propiciar ao doente que está sofrendo uma morte boa, suave e indolor” (idem, p. 174).

É importante enfatizar que “a autonomia do paciente, não sendo um direito moral absoluto”, pode confrontar-se com a autonomia do profissional de saúde (Muñoz; Fortes, 1998, p. 61). Afinal, este, por razões éticas, pode se opor aos desejos do paciente de realizar procedimentos como a eutanásia ou o aborto, mesmo que haja amparo legal para tais ações (idem).

A Constituição brasileira assegura o direito à autonomia a todos os cidadãos quando determina que “ninguém pode ser obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (Muñoz; Fortes, 1998, p. 61). Nesse entendimento, o Artigo 146º do Código Penal exige o respeito a esse direito, pois pune aquele que constranger a outra pessoa a fazer o que a lei não manda ou a deixar de fazer o que a lei manda (idem).

**CAPÍTULO VI - DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE INDIVIDUAL
SEÇÃO I - DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE PESSOAL**

Constrangimento ilegal

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa²³.

Com essa determinação, a legislação penal brasileira coloca uma exceção à autonomia, ou seja, quando se tratar de caso de iminente perigo de vida ou para evitar suicídio, a desconsideração à autonomia do paciente deixa de ser crime. Nesse sentido, a legislação brasileira garante ao cidadão o direito à vida, mas não sobre a vida, tendo plena autonomia para viver e não para morrer (Muñoz; Fortes, 1998).

²³ Brasil, 1940.

No Brasil, a eutanásia é considerada homicídio, portanto, ilícita e imputável, mesmo que a pedido do paciente, como é dito no Código de Ética Médica (Conselho Federal, 1988):

CAPÍTULO V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Em nosso Código Penal, legisla indiretamente sobre a questão da eutanásia o Artigo 121º, que atribui ao juiz a decisão de atenuar a pena se o crime for cometido por motivo de relevante valor moral (Brasil, 1940).

PARTE ESPECIAL - TÍTULO I - DOS CRIMES CONTRA A PESSOA CAPÍTULO I - DOS CRIMES CONTRA A VIDA

Homicídio simples

Art 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Homicídio qualificado

§ 2º Se o homicídio é cometido:

I - mediante paga ou promessa de recompensa, ou por outro motivo torpe;

II - por motivo fútil;

III - com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;

IV - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;

V - para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime:

Pena - reclusão, de doze a trinta anos.

Homicídio culposo

§ 3º Se o homicídio é culposo: (Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de um a três anos.

Segundo Goldim (2004a), está tramitando no Senado Federal, um projeto de lei 125/96, elaborado desde 1995, estabelecendo critérios para a legalização da "morte sem dor". O projeto prevê a possibilidade de as pessoas com sofrimento físico ou psíquico solicitarem a realização de procedimentos que visem à sua própria morte. Nesse caso, os procedimentos serão autorizados por uma junta médica, composta por cinco membros, sendo dois especialistas no problema

do solicitante. Caso o paciente não possa expressar a sua vontade, um familiar ou amigo poderá solicitar à Justiça tal autorização.

Conforme afirmação de Goldim (2004a), está ocorrendo a tramitação do Anteprojeto de Lei que altera os dispositivos do Código Penal e dá outras providências, legislando sobre a questão da eutanásia em dois itens do Artigo 121º.

Homicídio

Art. 121. Matar alguém:

Pena - Reclusão, de seis a vinte anos.

...

Eutanásia

Parágrafo 3º. Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar-lhe o sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:

Pena - Reclusão, de três a seis anos.

Exclusão de Ilicitude

Parágrafo 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 irmão²⁴.

Entretanto, a redação desses parágrafos tem deixado margem a diversas interpretações, tanto que alguns autores estão denominando, equivocadamente, a situação prevista no parágrafo 4º de ortotanásia. Além disso, a redação não estabelece critérios uniformes de morte torácica ou encefálica para todas as situações (Goldim, 2004a).

Atualmente, é aceito pela medicina ocidental²⁵ o conceito de morte dado pelo Comitê sobre morte cerebral da Escola de Medicina de Harvard, deliberado em 1968, que define a morte de uma pessoa pelo diagnóstico de morte encefálica, ou seja, pela parada irreversível de todas as funções cerebrais, inclusive, do tronco cerebral (Parizi, 1998; Engelhardt, 1998; Varga, 2001). Dessa forma, só há morte se houver lesão irreversível de todo o encéfalo. No Brasil, o conceito de morte encefálica foi formalizado somente no ano de 1991; atualmente, esse conceito é definido pela Resolução nº. 1.480/97, conforme

²⁴ Goldim, 2004.

²⁵ O critério encefálico para o estabelecimento da morte de uma pessoa é aceito mundialmente, já o critério cerebral, ou seja, o não funcionamento dos hemisférios cerebrais não é aceito em qualquer país nem pela medicina de forma geral.

determina a Lei nº. 9.434/97 (Parizi, 1998, Conselho Federal, 1997). No Artigo 4º dessa Resolução, consta que

Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

“Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária” no seu Artigo 5º:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas
- d) acima de 2 anos - 6 horas

No Artigo 6º, a Resolução aborda a questão dos “exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica”, os quais deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Voltando à discussão sobre o conceito do termo “eutanásia”, Kovács (1998) vai dizer que este envolve tirar a vida de uma pessoa por considerações humanitárias, para aliviar o sofrimento e a dor, e que, nos dias atuais, não se concebe mais a divisão entre eutanásia ativa e passiva (idem). Ela diz ainda que, em alguns países, existe a proposta de substituir o termo “eutanásia” pelo direito de morrer com dignidade ou em paz. Morrer em paz se refere

àquelas situações em que se toma a decisão de não continuar mantendo a vida, suprimindo determinadas terapias ou não aplicando-as a um enfermo em que não existem possibilidades de sobrevivência, seja porque ele próprio expressou sua vontade explicitamente ou porque se pode pressupor (PESSINI, 1994 apud KOVÁCS, 1998).

Mesmo que Maria Júlia Kovács desconsidere a divisão entre eutanásia passiva e ativa, muitos autores mantêm tal separação. Então, vamos aos diversos tipos de eutanásia:

Eutanásia relacionada ao tipo de ação:

– **Eutanásia ativa, positiva ou direta:** se dá pelo uso de medicamentos que induzam à morte, como, por exemplo, pela administração de injeção letal ou overdose; constitui o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos (Goldim, 2003).

– **Eutanásia passiva, negativa ou indireta:** se dá dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica (omissão), ou pela interrupção do tratamento; é a ação negada com o propósito de causar ou acelerar a morte, pela suspensão ou retirada de medidas heróicas, inclusive de alimento, hidratação e oxigenação, com o objetivo de minorar o sofrimento (Francesconi; Goldim, 2005).

Essa retirada dos procedimentos que prolongam a vida, na atualidade, segundo Kovács (2003b), não é mais considerada como eutanásia, desde que diante de um caso irreversível, sem possibilidade de cura e quando o tratamento causa sofrimento adicional. A interrupção dos tratamentos, nesse caso, recebe o nome de ortotanásia, ou seja, a morte na hora certa - distinção ainda não aceita por muitos profissionais (idem). Segundo Maurice Abiven, diretor da Unidade de Serviços Paliativos do Hospital Universitário de Paris, citado por Kovács (2003b), não há eutanásia passiva, sendo esta uma expressão inadequada. Há, simplesmente, respeito à natureza.

Outro ponto que deve ser destacado é que o conceito de eutanásia passiva traz muita confusão ao ser associado à suspensão de certos tratamentos que promovem o prolongamento da vida no caso de quadros irreversíveis (Kovács, 2003b). Deixar morrer no momento em que a morte é inevitável é diferente de provocar a morte de uma pessoa. Ao cessar os tratamentos que prolongam a vida, a eutanásia passiva traz a idéia da perda da obstinação terapêutica na procura de manter a vida, mesmo onde a morte já esteja prevalecendo. A obstinação terapêutica, muitas vezes, vem acompanhada de intenso sofrimento, tanto para o paciente quanto para os seus familiares, constituindo, assim, o termo “distanásia”, prolongamento do processo natural de morrer, do qual falarei mais adiante (Kovács, 2003b).

– **Eutanásia de duplo efeito:** ocorre “quando se inicia um tratamento que visa aliviar o sofrimento do paciente terminal, mas dele advém um aceleração do

processo de morte”; em outras palavras, o alívio da dor repercute no encurtamento da vida (Francesconi; Goldim, 2005, p. 75). Um exemplo dessa situação é a analgesia e sedação, aplicada em pacientes gravemente enfermos, que têm como objetivo principal aliviar os sintomas e promover qualidade de vida, e não provocar o óbito, embora este possa ocorrer (Kovács, 2003b).

Eutanásia relacionada ao consentimento do paciente:

– **Eutanásia voluntária:** “a que é solicitada pelo paciente” (Francesconi; Goldim, 2005, p. 75).

– **Eutanásia involuntária:** “quando não desejada pelo paciente”, é a ação que leva à morte, sem que o paciente tenha explicitamente consentido (Francesconi; Goldim, 2005, p. 75). Nesse caso, não deveria mais ser chamada de eutanásia, mas de homicídio; “com o atenuante de que é executada para aliviar o sofrimento, possivelmente dos cuidadores, familiares ou profissionais” (Kovács, 2003b).

– **Eutanásia não-voluntária:** “quando não se conhece a vontade do paciente” (Francesconi; Goldim, 2005, p. 75), isto é, “quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela” (Goldim, 2003).

3- **DISTANÁSIA**

É a agonia prolongada, é a morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Pode ser entendida como a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora, quando utilizado com este sentido, pode ser confundido, com a futilidade (Francesconi & Goldim, 2005).

Distanásia pode ser caracterizada como o adiamento do momento da morte, valendo-se de todos os recursos para proporcionar maior tempo de “vida” ao paciente, mesmo que não haja chances de cura para ele. A distanásia é também chamada de “obstinação terapêutica”, uma vez que provoca maior sofrimento do paciente (Pessini, 2001).

A distanásia tem em comum com a eutanásia a prática de provocar a morte “fora de hora”. Ou seja, a distanásia valoriza a proteção da vida, sem levar em consideração se as medidas terapêuticas são inúteis, fazendo com que o processo de morte seja prolongado, enquanto que a eutanásia se preocupa com a

qualidade de vida e, por isso, encurta esse período (Martin, 1998). A questão técnica entra em choque com a questão ética, pois a primeira preocupa-se em “prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada de sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos” (Martin, 1998, p. 187). Já a questão ética preocupa-se com o período de tempo em que se deve investir e com o sentido que tem esse investimento terapêutico (idem).

No atual Código de Ética Médica, o objetivo da medicina foi modificado: não consiste apenas em “prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa” (Martin, 1998, p. 187). Conforme o Artigo 2º do Código de Ética Médica, o objeto de atenção do médico passou a ser a saúde da pessoa, e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não (Conselho Federal, 1988). Mesmo com essa mudança de ênfase, continua firme a convicção encontrada em códigos anteriores de que *o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana* (Art. 6º do Código de Ética Médica), o que é reforçado pela ambigüidade das interpretações que o Código de Ética Médica propicia.

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade²⁶.

Outro exemplo dessa interpretação dúbia é a leitura do Artigo 57º (idem).

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente²⁷.

Esse Artigo dá margem ao entendimento de que o médico deve fazer tudo e em qualquer circunstância para manter a vida do paciente durante o máximo de

²⁶ Conselho Federal, 1988.

²⁷ Idem.

tempo que puder. Essa premissa adquire mais ênfase quando considerado o crime previsto no Artigo 133º do Código Penal, sobre a omissão de socorro.

CAPÍTULO III - DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

Abandono de incapaz

Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena - detenção, de seis meses a três anos.

§ 1º - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos²⁸.

Por outro lado, conforme Pessini (2001), quando uma determinada intervenção médica não mais beneficia o paciente em estado crítico, terminal, em estado vegetativo persistente²⁹, ou a criança concebida com sérias deficiências congênitas, o tratamento torna-se fútil e inútil. Nesse sentido, a insistência em implementar essa intervenção vai resultar numa situação distanásica (idem). Sendo assim, a distanásia traz outras discussões, como, por exemplo, sobre o tratamento fútil e os cuidados paliativos, que discuto a seguir.

– **Tratamento fútil ou obstinação terapêutica:** este tratamento questiona a qualidade de vida, a economia (relação comercial/empresarial), a autonomia da pessoa na liberdade de decisão e a possibilidade de reabilitar ou não (Pessini, 2001).

A futilidade deve ser definida em função da relação entre tratamento terapêutico e cuidado. O tratamento será considerado fútil quando agregar riscos crescentes, sem um benefício associado. Medidas de conforto básico, alimentação, hidratação e controle de dor visando ao cuidado do paciente nunca são fúteis. Futilidade é a ausência de uma finalidade útil ou que tenha um resultado útil num procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica. Quando a

²⁸ Brasil, 1940.

²⁹ No estado vegetativo, o paciente é considerado vivo em função da permanência do funcionamento do tronco cerebral. Só é constatada a morte encefálica caso estivessem inativas todas as funções cerebrais, incluindo o tronco cerebral (responsável por funções automáticas: respiração, batimentos cardíacos e pressão sanguínea), ou seja, a morte irreversível do cérebro (Martin, 1998).

qualidade de vida é o objetivo, a determinação da futilidade pode envolver um julgamento de valor (Goldim, 2000).

Segundo Kovács (2003b), os tratamentos fúteis são entendidos como aqueles que não conseguem manter ou restaurar a vida, garantir o bem-estar, trazer à consciência, aliviar o sofrimento; ao contrário, só levam a sofrimentos adicionais. Nesse sentido, a grande dificuldade é determinar o que são tratamentos ordinários (obrigatórios para salvar o paciente ou oferecer alívio e controle de seus sintomas) e quais são os extraordinários, também denominados de fúteis.

– **Cuidados paliativos:** têm como proposta o cuidado, mesmo quando curar não é mais possível, levando em consideração o não-abandono e tratamento dos sintomas.

Em relação ao cuidado paliativo, Pessini (2001) vai dizer que, segundo a Organização Mundial da Saúde, este se refere ao:

cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias (idem, p. 209).

Apesar de essa definição abranger boa parte das premissas para uma boa qualidade de vida do moribundo e de seus familiares, parece-me que ainda faltaria acrescentar alguns elementos, como, por exemplo, a compaixão, a humildade (do médico em reconhecer a derrota, sem sentir que ela fere a sua onipotência, deixando de sentir-se impotente frente à cura, à reabilitação, à prevenção...), a honestidade (a família e o paciente têm o direito de saber o que está acontecendo e por que) e a necessidade do atendimento à família e ao moribundo por uma equipe multidisciplinar, com atendimento psicológico, espiritual, social, nutricional, econômico, etc. (Pessini, 2001).

Com relação à família, acredito que esta, nos dias de hoje, precise de mais cuidado e de políticas sérias que lhe possibilitem acompanhar os familiares doentes e viver o luto. Afinal, não seria direito dos cuidadores estar com seu ente querido; ter acesso às informações; entender os procedimentos médicos; ter a

segurança do conforto do paciente e de serem confortados; adquirir confiança nas decisões; entender as razões da morte; ter amparo institucional? É importante lembrar que as condições do sistema de saúde, no Brasil, levam muitos familiares a se deslocarem do interior para a capital, sem recursos suficientes para se manterem na cidade. Por outro lado, não podem permanecer em suas casas, pois estariam abandonando seu familiar em situação de doença ou de morte iminente.

Ainda restam outras questões para se discutir a respeito das definições e dos entendimentos sobre os cuidados paliativos. Por exemplo, no entendimento Menezes, esses cuidados “postulam a qualidade do viver, em contraposição a uma quantidade do viver, às custas de sofrimento” (Menezes, 2004, p. 58 -59). O objetivo é “a melhor ‘qualidade de vida’ durante o tempo restante de vida, oferecendo ‘dignidade’ e mantendo a identidade social do enfermo” (idem, p. 41). Deve-se possibilitar uma “comunicação aberta, seguida da escuta e cumprimento dos desejos do moribundo, o que depende basicamente da atuação das pessoas com que este se relaciona”, ou seja, a equipe médica e os parentes (Menezes, 2004, p. 41). Uma das questões centrais do discurso dos paliativistas é a recusa da eutanásia, pois afirmam que a demanda pela prática da eutanásia surge apenas quando os doentes não são bem cuidados no período final da vida (idem).

A Medicina Paliativa atualmente é reconhecida em vários países (Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e alguns da Europa) e é disciplina obrigatória no currículo de formação médica. No Brasil, ainda não é reconhecida como especialidade, mas existem movimentos favoráveis à sua legitimação (Menezes, 2004). O movimento dos cuidados paliativos traz, segundo Kovács (2003b), um grande progresso no que concerne aos cuidados no fim da vida, restituindo o bem-estar global e a dignidade ao paciente gravemente enfermo, favorecendo-lhe a possibilidade de viver sua própria morte, um respeito por sua autonomia, sem abandono.

A discussão sobre a morte com dignidade traz a idéia da humanização da morte, o que não consiste em seu apressamento, nem no seu prolongamento indefinido, mas na eliminação do sofrimento, sem que seja rápida demais nem muito demorada (idem). Essa definição de morte digna vai ao encontro dos argumentos defendidos pelo movimento dos cuidados paliativos, que não propõem a prática da eutanásia.

Mas será que não há uma idealização da “bela” e “boa” morte nos programas de cuidados paliativos? Alguns autores, como Kovács (2003b), criticam os programas de cuidados paliativos, especialmente pelo fato de não abrirem espaço para a discussão sobre o direito de morrer. Afinal, entre os grandes temores do processo de morrer, na atualidade, há o de sofrer muito, ter dor insuportável, ver a degradação do corpo, ser dependente, sobrecarregar a família e deixar grandes ônus financeiros (idem). Nesse sentido, os cuidados paliativos não seriam o melhor caminho entre a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, e nem mesmo uma possibilidade de operacionalização da ortotanásia, que é a morte na hora certa. Por outro lado, ainda restam outras questões, como, por exemplo: será que o acesso a esses cuidados é disponibilizado para todos os casos, inclusive a um paciente que tenha AIDS ou a pacientes idosos, com seus múltiplos sintomas, elementos que dificultam a garantia de uma boa qualidade de vida (idem)? Parece-me que, nos países pobres, pouco se sabe sobre os cuidados paliativos, pois as prioridades giram em torno da sobrevivência; nesse caso, o cuidado paliativo pode ser entendido como uma prática pouco acessível.

Embora grandes avanços tenham sido obtidos no controle da dor, muitos outros sintomas ainda não são cuidados de maneira efetiva, como, por exemplo, a fadiga, a solidão, o enfraquecimento, a dependência e a perda de controle do corpo (Kovács, 2003b). A isso tudo, soma-se a sensação de ser uma sobrecarga para a família – esses elementos constituem os principais motivos para se desejar a morte (idem). Por isso, encerrar toda a polêmica sobre eutanásia com o desenvolvimento de programas paliativistas pode ser considerado muito simplista.

4 – ORTOTANÁSIA

É definida como sendo a utilização de meios adequados para tratar uma pessoa que está morrendo. “Poderia ser associada, caso fosse um termo amplamente adotado, aos cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes” (Fransisconi & Goldim, 2005, p.76).

A ortotanásia é entendida como “possibilidade de suspensão de meios artificiais para manutenção da vida quando esta não é mais possível” um exemplo lícito é o desligamento de aparelhos quando este não mais promove recuperação e acaba causando sofrimento adicional (Kovács, 2003b). Ou seja, a conduta de

desligar equipamentos será lícita se não significar encurtamento da vida (idem). Conforme Martin (1998, p. 172), a ortotanásia “procura respeitar o bem-estar global da pessoa, abre pistas para as pessoas de boa vontade garantirem, para todos, dignidade no seu viver e no seu morrer”.

5 – MISTANÁSIA, EUTANÁSIA SOCIAL OU CRIPTONÁSIA

É a morte miserável, fora e antes da hora, de crianças, jovens, adultos e anciãos (Fransisconi & Goldim, 2005). Remete a situações como:

- Grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico;
- Pacientes que se tornam vítimas de erro médico e
- Pacientes que acabam sendo vítimas de má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos (Martin, 1998, p. 172).

A mistanásia “é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana” (Martin, 1998, p. 172). É um tipo de prática condenado pelo Código de Ética Médica, no seu Artigo 54^o.

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte³⁰.

Apesar de a mistanásia provocar a morte antes da hora, tal como a eutanásia, elas se diferenciam em um ponto importante: enquanto a mistanásia provoca a morte de uma maneira dolorosa e miserável, a eutanásia provoca a morte de uma maneira suave e sem dor (idem). O argumento utilizado pelos defensores da eutanásia é que não estão dispostos a sacrificar os seres humanos, priorizando o respeito por sua autonomia e liberdade, valores que os dignificam em presença de doenças que causam “dependência progressiva e a perda de controle sobre a vida e sobre as funções biológicas”, bem como do sentido que se atribui ao fim da vida e à morte (Martin, 1998, p. 181). O

³⁰ Conselho Federal, 1988.

argumento contra a eutanásia baseia-se em que se deve proteger a dignidade da pessoa, eliminando o sofrimento e a dor, mas não através da eliminação do portador desses problemas. No atual Código de Ética Médica, o Artigo 6º dá continuidade a essa tradição, afirmando claramente a preocupação com o valor da vida humana, quando diz:

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade³¹.

Esta formulação amplia a noção biologistica do ser humano, pois afirma que o tratamento deve ser em benefício do paciente e que não se deve usar a medicina para gerar sofrimento, nem para ofender a dignidade e integridade das pessoas, tampouco causar seu extermínio.

– Mistanásia em quem não chega a ser paciente: por omissão

Segundo Martin, a forma mais comum de mistanásia no Brasil é a “omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante sua vida inteira e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades” (Martin, 1998, p. 175). A ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico, em muitos lugares, garante que pessoas que poderiam ser tratadas morram antes da hora, padecendo enquanto vivem de dores e sofrimentos que, com o conhecimento e tecnologia de que dispomos, em princípio, poderiam ser evitados (idem).

Nesse sentido, fatores geográficos, sociais, políticos e econômicos juntam-se para espalhar pelo nosso país a morte miserável e precoce instituída pela mistanásia. Segundo Martin,

Numa sociedade onde recursos financeiros consideráveis não conseguem garantir qualidade no atendimento, a grande e mais urgente questão ética que se levanta diante do doente pobre na fase avançada de sua enfermidade não é a eutanásia, nem a distanásia, destinos reservados para doentes que conseguem quebrar as barreiras de exclusão e tornar-se pacientes, mas, sim, a mistanásia, destino reservado para os jogados nos quartos

³¹ Conselho Federal, 1988.

escuros e apertados das favelas ou nos espaços mais arejados, embora não necessariamente menos poluídos, embaixo das pontes das nossas grandes cidades (MARTIN, 1998, p. 175).

Os planos de saúde particulares e o apelo às medicinas alternativas tradicionais e novas são dados sintomáticos da ausência de serviços de saúde em função do sucateamento dos serviços públicos e da elitização dos serviços particulares (idem). É pela complexidade das causas dessa situação que vem se gerando na sociedade certo sentimento de impotência, com a propagação da mentalidade “salve-se quem puder” (Martin, 1998).

– **Mistanásia e o erro médico...**

Outro tipo de prática mistanásica é aquela dos doentes que, embora consigam ser admitidos como pacientes, se tornam vítimas de erro médico – seja em consultórios particulares, em postos de saúde ou em hospitais.

O Código de Ética Médica fala de três tipos de erro médico: de imperícia, de imprudência e de negligência (Artigo 29º).

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência³².

A partir de agora, estarei abordando alguns dos erros que surgem no caso do paciente crônico ou terminal e que constituem a prática mistanásica.

a - Mistanásia por imperícia: ocorre quando o médico “deixa de diagnosticar em tempo uma doença que poderia ter sido tratada e curada porque ele descuidou da sua atualização e da sua formação continuada” (Martin, 1998, p. 176). Conforme o art. 5º do Código de Ética Médica:

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente³³.

³² Conselho Federal, 1988.

³³ Idem.

A desatualização do médico pode condenar o paciente a uma morte dolorosa e precoce. Por exemplo, quando a equipe médica deixa de tratar de forma adequada “a dor do paciente crônico ou terminal por falta de conhecimento dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor” (Martin, 1998, p. 176), especialmente se esse conhecimento for de acesso relativamente fácil.

b - Mistanásia por imprudência: pode ser considerada, por exemplo, quando o médico não deseja perder tempo com pacientes desenganados e quer deixar de fazer exames, prescrevendo tratamentos ou procedimentos que colocam o paciente em risco de tratamento inadequado e de sofrimento desnecessário, ambos características típicas da mistanásia (Martin,1998). Essa postura é condenada pelo Artigo 62º do Código de Ética Médica.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento³⁴.

Outra forma de imprudência que pode levar a resultados mistanásicos ocorre quando o profissional de saúde efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, levando em consideração apenas o fato de o seu estado ser crônico ou terminal, ao mesmo tempo em que desconsidera os Artigos 46º e 56º do Código (Martin,1998).

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

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

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida³⁵.

³⁴ Conselho Federal, 1988.

³⁵ Idem.

Desconsiderar a autonomia do paciente em estado crônico e terminal é uma imprudência que pode causar um “mal-estar mental e espiritual devido à perda sensível de controle sobre sua vida, tornando miserável e mistanásico o processo de morrer” (Martin,1998, p. 177).

c - Mistanásia por negligência: estarei apontando aqui a mistanásia provocada por omissão de socorro na relação médico-paciente já estabelecida ou pelo abandono do paciente. É verdade que casos de negligência que provocam danos ao paciente crônico ou terminal, aumentando seu sofrimento e tornando mais miserável sua morte, podem ser fruto da má prática do médico, mas muitas vezes sua negligência decorre de “cansaço e sobrecarga de serviços devido às condições de trabalho impostas a muitos profissionais em hospitais e postos de saúde” (Martin,1998, p. 177).

É importante levar em conta formas de mistanásia por negligência em que o médico precisa se responsabilizar e que o atual Código de Ética Médica procura evitar: a omissão de tratamento e o abandono do paciente crônico ou terminal sem motivo justo (idem).

Conforme o Artigo 7º do Código de Ética Médica, o médico não é obrigado a atender qualquer um indiscriminadamente, mas o apelo à solidariedade humana, nesse caso, pesa mais que o princípio da autonomia do médico.

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente³⁶.

O Artigo 58º reforça essa condição de solidariedade ao vedar ao médico que deixe de atender paciente.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo³⁷.

³⁶ Conselho Federal, 1988.

³⁷ Idem.

O médico que, na ausência de outro, se omite em casos de urgência ou causa danos irreversíveis ao paciente, provocando uma morte precoce e/ou dolorosa, “é responsável por uma negligência que constitui não apenas um erro culposo, mas também, uma situação mistanásica” (Martin,1998, p. 178).

Essa posição é válida para os pacientes de modo geral, mas aplica-se de modo especial aos pacientes crônicos e terminais. No caso destes, o Código traz (além dos Artigos 36º e 37º, que vedam ao médico abandonar plantão e pacientes de modo geral) o Artigo 61º, que trata especificamente da problemática do abandono do paciente crônico e terminal, vedando ao médico o abandono de paciente sob seus cuidados (idem).

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou ao a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico³⁸.

O abandono do paciente crônico ou terminal que implica recusa de continuar a assisti-lo, ainda que apenas para atenuar o sofrimento físico ou psíquico, devido às suas conseqüências, constitui uma prática mistanásica, que é “rejeitada pela profissão médica no Brasil desde os primórdios da sua tradição codificada” (Martin,1998, p. 178).

– Mistanásia por má prática

A grande distinção entre a mistanásia por erro médico e a mistanásia por má prática, segundo Martin (1998), está na diferença entre a fraqueza humana e a maldade. Ele diz que o erro, mesmo culposo devido à “imperícia, imprudência ou negligência, é fruto da fragilidade e da fraqueza humana e não de uma

³⁸ Conselho Federal, 1988.

intenção proposital de prejudicar alguém” (idem, p. 178). Já a mistanásia por má prática ocorre quando

o médico e/ou seus associados, livremente e de propósito, usam a medicina para atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, em benefício próprio ou não, prejudicando direta ou indiretamente o doente ao ponto de menosprezar sua dignidade e provocar uma morte dolorosa e/ou precoce (idem, ibidem).

Essa é uma forma de usar a medicina para maltratar o paciente. Nesse caso, a gravidade é ainda mais complexa, pois viola um relacionamento especial de confiança e de vulnerabilidade estabelecido entre o paciente e o profissional de saúde (Martin, 1998). Esse é um dos princípios fundamentais estabelecidos pelo Código de Ética Médica, que diz:

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional³⁹.

Algumas das situações que ilustram essa forma de mistanásia são, por exemplo, o caso de idosos internados em hospitais ou hospícios, onde não dispõem de “alimentação e acompanhamento adequados, provocando assim uma morte precoce, miserável e sem dignidade” (Martin, 1998, p. 179). Esse exemplo leva-nos a dois tipos de mistanásia; um que

ocorre numa cidadezinha pobre do interior, num abrigo para idosos abandonados mantido a duras penas por pessoas de boa vontade e com poucos recursos, e a mistanásia por má prática que surge numa empresa hospitalar quando a verba destinada à alimentação e acompanhamento dos idosos for desviada para beneficiar financeiramente donos, administradores ou funcionários da instituição, deixando os pacientes numa situação de miséria, provocando-lhes uma morte indigna e antes da hora (idem, p. 179).

Esse exemplo mostra a malícia do uso maldoso da medicina contra o ser humano para tirar proveito dele, ao invés de promover seu bem-estar (Martin, 1998).

Outro exemplo de mistanásia por má prática é a retirada de um órgão vital, para transplante, antes da morte da pessoa. O atual Código de Ética Médica

³⁹ Conselho Federal, 1988.

procura evitar essa prática, proibindo ao médico que cuida do paciente (potencial doador) e que é responsável pela declaração de óbito de participar da equipe de transplante (idem). Com essa determinação, o Código age de duas formas: uma ética, em que solicita respeito pelo direito à vida da pessoa, mesmo nos seus últimos momentos; e outra que é pragmática, pois, caso as pessoas desconfiem “que possam ser mortas para fornecer órgãos para outros, é bem possível que o número de pessoas recusando ser doador aumente” (Martin, 1998, p. 180).

Há formas de mistanásia que merecem um breve comentário, tanto por causa de sua importância histórica quanto pela tendência de confundi-las com eutanásia. Um bom exemplo da aliança entre a política e as ciências biomédicas a serviço da mistanásia foi a política nazista de purificação racial, baseada numa ciência ideologizada (Martin, 1998). Nessa situação, as pessoas não precisavam ser doentes terminais para serem consideradas candidatas ao extermínio, mas se enquadrarem nas categorias que as consideravam defeituosas ou indesejáveis para serem “sistematicamente eliminadas: doentes mentais, homossexuais, ciganos, judeus” (idem, p. 175). Outro exemplo de mistanásia é o uso de injeção letal em execuções nos Estados Unidos, principalmente se a aplicação for feita por pessoal médico qualificado (idem). Este é um tipo de má prática condenado pelo Código [Brasileiro] de Ética Médica, no Artigo 54^o.

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte⁴⁰.

Outro tipo de mistanásia que se dava nos campos de concentração, onde havia grande quantidade de pessoas consideradas cobaias humanas descartáveis, foi a praticada em nome da ciência, em que seres humanos foram vítimas de experiências “que em nada respeitavam nem a integridade física nem o direito à vida dos participantes” (idem, p. 176).

O Brasil não está à margem da reação mundial a esse tipo de comportamento. O nosso Código de Ética Médica preocupa-se em garantir a integridade e a dignidade de seres humanos que participam de experiências

⁴⁰ Conselho Federal, 1988.

científicas e exige, nessa situação, cuidados especiais para defender os interesses do paciente crônico ou terminal (Artigo 130º).

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais⁴¹.

Pode-se dizer que as situações de mistanásia provocadas por erro, apesar de serem graves, são conseqüências da fraqueza e fragilidade da condição humana e, por isso, não devem ser julgadas com base nos mesmos critérios que se julgam situações mistanásicas em que pessoas são vítimas de má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos ou de outra forma de má prática, fruto da maldade humana (Martin, 1998).

6 – MORTE NATURAL

Segundo Martin, até um momento relativamente não muito distante na “história da humanidade, a chamada morte natural por velhice ou doença simplesmente fazia parte da vida e, em grande parte, fugia do nosso controle” (Martin, 1998, p. 171). Essa morte consistia na morte “tranqüila” de uma pessoa, na maioria das vezes velha, em sua cama, em companhia de pessoas de sua relação (Menezes, 2004). Não estendendo essa discussão, vê-se que a morte tem sofrido diversas modificações ao longo do tempo e de acordo com a cultura. Nesse entendimento, a morte tranqüila passou a ser entendida como aquela em que

a dor e o sofrimento são minimizados por palição adequados, na qual os pacientes não são abandonados ou negligenciados, e na qual os cuidados com aqueles que não vão sobreviver são avaliados tão importantes como aqueles que são dispensados a quem irá sobreviver (Hastings Ctr Report, 1996 apud FRANCESCONI, 2000).

Nesse sentido, a medicalização da morte trouxe um aumento do poder sobre os processos ligados à chamada morte natural. Esse poder acarretou uma

⁴¹ Conselho Federal, 1988.

diversificação dos significados da mão curadora do médico – hoje essa mão causa receios, pois, em alguns casos, pode ser associada à do assassino (Martin, 1998).

7 – LEITURA RELIGIOSA DA EUTANÁSIA

A eutanásia traz dois princípios que se chocam. De um lado, está a autonomia do paciente, que quer cuidar de seu próprio processo de morte; do outro, está a sacralidade da vida, postulada pelas principais religiões, que consideram como transgressão a disposição sobre o próprio corpo (Kovács, 2003b).

Segundo Kovács (2003b), a "Declaração sobre a Eutanásia", de 5 de maio de 1980, da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, é o documento mais completo da religião católica sobre a eutanásia. Nela, a eutanásia é condenada como violação da lei de Deus, ofensa à dignidade humana e crime contra a vida, sendo, por essas razões, moralmente reprovável (Kovács, 2003b; Martin, 1998). Conforme afirmação da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, é considerada eutanásia a

ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor.

Essa afirmação é apoiada pelas palavras do Papa João Paulo II, na sua Carta Encíclica *Evangelium Vitae* nº 65 (1995), quando diz que

em conformidade com o Magistério dos meus Predecessores e em comunhão com os Bispos da Igreja Católica, confirmo que a eutanásia é uma violação grave da Lei de Deus, enquanto morte deliberada moralmente inaceitável de uma pessoa humana. Tal doutrina está fundada sobre a lei natural e sobre a Palavra de Deus escrita, é transmitida pela Tradição da Igreja e ensinada pelo Magistério ordinário e universal.

A eutanásia comporta, segundo as circunstâncias, a malícia própria do suicídio ou do homicídio.

Porém, isso não significa que se tenha de preservar a vida a custo do prolongamento da agonia e do sofrimento. Assim, a interrupção de um tratamento

que não oferece cura ou recuperação e causa muita dor e sofrimento não é considerada eutanásia, conforme as palavras do Papa:

A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte⁴².

O ponto central das discussões entre ética e religião é o questionamento sobre a autoridade divina e a possibilidade de autodeterminação ou autonomia do ser humano, já que a vida não é só biológica, mas um misto de estilos, valores, crenças, opções... (Kovács, 2003b).

Na visão religiosa, a autonomia do ser humano sobre a sua vida, quando defrontada com o poder de Deus, perde a razão; afinal, nenhum poder poderia equiparar-se ao divino. Em outras palavras:

recusando ou esquecendo o seu relacionamento fundamental com Deus, o homem pensa que é critério e norma de si mesmo e julga que tem inclusive o direito de pedir à sociedade que lhe garanta possibilidades e modos de decidir da própria vida com plena e total autonomia⁴³.

Reivindicar tais direitos e legitimá-los legalmente, segundo a doutrina católica:

equivale a atribuir à liberdade humana um significado perverso e iníquo: o significado de um poder absoluto sobre os outros e contra os outros. Mas isto é a morte da verdadeira liberdade: «Em verdade, em verdade vos digo: todo aquele que comete o pecado é escravo do pecado» (Jo 8, 34)⁴⁴.

Outra justificativa alegada para a reprovação da eutanásia consiste no fato de essa prática pretender

medir o valor de uma vida humana apenas segundo parâmetros de «normalidade e de bem-estar físico⁴⁵.

Nesse caso, a Igreja explica que, ao prevalecer a

⁴² João Paulo II, na sua Carta Encíclica Evangelium Vitae n° 65 (1995).

⁴³ João Paulo II, na sua Carta Encíclica Evangelium Vitae n° 64 (1995).

⁴⁴ João Paulo II, na sua Carta Encíclica Evangelium Vitae n° 20 (1995).

⁴⁵ João Paulo II, na sua Carta Encíclica Evangelium Vitae n° 63 (1995).

tendência para apreciar a vida só na medida em que proporciona prazer e bem-estar, o sofrimento aparece como um contratempo insuportável, de que é preciso libertar-se a todo o custo. A morte, considerada como «absurda» quando interrompe inesperadamente uma vida ainda aberta para um futuro rico de possíveis experiências interessantes, torna-se, pelo contrário, uma «libertação reivindicada», quando a existência é tida como já privada de sentido porque mergulhada na dor e inexoravelmente votada a um sofrimento sempre mais intenso⁴⁶.

Num tal contexto, torna-se cada vez mais forte a tentação da eutanásia, isto é, de apoderar-se da morte, provocando-a antes do tempo e, deste modo, pondo fim «docemente» à vida própria ou alheia. Na realidade, aquilo que poderia parecer lógico e humano, quando visto em profundidade, apresenta-se absurdo e desumano⁴⁷.

Com esses excertos, torna-se claro que tanto a teologia moral quanto a ética médica condenam a morte direta e proposital do portador da dor. Também, ao condenar-se a eutanásia, não é o controle da dor, nem a defesa da dignidade da pessoa humana doente ou moribunda que se condena, mas sim o resultado, que acaba matando a pessoa a fim de matar sua dor (Martin, 1998).

Mas como poderíamos defender e promover os valores positivos da eutanásia (quem não deseja uma boa morte, suave e sem dor?) sem cair no extremo de matar a pessoa depositária da dignidade humana que fundamenta todos os outros direitos? Com vistas às questões relacionadas à discussão sobre a eutanásia, o Conselho Federal de Medicina aprovou uma nova resolução sobre a ortotanásia, em que considera ético limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente incurável em fase terminal. Essa discussão aparece no Capítulo 6.

⁴⁶ João Paulo II, na sua Carta Encíclica *Evangelium Vitae* n° 64 (1995).

⁴⁷ *Idem*.

CAPÍTULO VI – QUESTÕES DE VIDA E DE MORTE...

Neste capítulo, discuto e analiso reportagens cujo tema central é a eutanásia. Elas apresentam diálogos com médicos e abordam situações que geraram discussões e mobilizações públicas, trazendo à tona problematizações relativas às decisões ligadas à vida/morte das pessoas em situação de morte iminente. Discuto também algumas estratégias regulamentadoras da vida e questões levantadas sobre as propostas para legalização da ortotanásia.

DIFERENTES OLHARES SOBRE A VIDA, A MORTE E A EUTANÁSIA...

Numa tentativa de levantar elementos para entender como vem sendo pensada a eutanásia, trouxe inicialmente a reportagem intitulada *Eles praticam a eutanásia* (Netto; Trezzi, 2005), que trata desse tema a partir de depoimentos de médicos gaúchos. Nessa reportagem, a prática da eutanásia aparece como rotina para apressar a morte de pacientes terminais, sugerindo-se que sejam revistos os critérios utilizados para interromper o tratamento de quem agoniza.

Nas entrevistas a respeito da eutanásia, tornaram-se visíveis as preocupações dos médicos em relação à falta de amparo legal em detrimento das questões religiosas e morais. Eles afirmam que a prática da eutanásia serve para diminuir a agonia física, psicológica e financeira de pacientes e seus familiares, além de atenuar a falta de leitos e verbas para a saúde. Um dos médicos diz:

Por não tornarmos legal uma ação centrada na vontade, geramos uma indústria da saúde que trabalha com a seqüela e lucra com os custos hospitalares⁴⁸.

Nesse sentido, mesmo que à custa de um maior sofrimento para os doentes e os familiares, a distanásia, assim como os cuidados paliativos, refletem as preocupações contemporâneas com o fazer viver e um prolongamento da vida. Esses cuidados correspondem a um novo dispositivo social de domínio das emoções diante da morte. Torna-se necessário, aos padrões atuais de sensibilidade, o crescente autocontrole e distanciamento emocional, elementos indicadores das mudanças das relações do homem com seu corpo e, conseqüentemente, com a sua morte (Menezes, 2004).

⁴⁸ As falas extraídas das reportagens estão identificadas pelo uso do grifo em itálico.

No transcorrer da reportagem, ocorre um diálogo entre o médico e o repórter, do qual extraí o trecho que segue (Netto, Trezzi, 2005):

ZH – *Existe eutanásia no Brasil?*

Médico – *Sobre ela fala-se pouco e se pratica muito.*

ZH – *Qual o momento para a eutanásia?*

Médico – *Com alguma freqüência, os familiares confessam que não agüentam mais.*

ZH – *Esse é o recado?*

Médico – *Sim, é muito claro (...) uma pessoa que a família amou ou ama muito é transformada em um pedaço de carne em cima de uma cama.*

Essa conversa mostra que a eutanásia, apesar de proibida por lei, está acontecendo e sendo aceita tanto pelos médicos quanto pelas famílias⁴⁹. Também é apresentada nesse diálogo a existência do medo da punição por assassinato, por isso, o médico não decide pela morte, mas passa a decisão à família. Tal argumento vincula-se à noção cada vez mais presente em nossa sociedade de que as famílias já admitem o direito de decidir sobre o destino de seus enfermos irrecuperáveis. Por isso, muitas vezes, os familiares optam por dispensar as tecnologias da ciência, recusando-se a lutar contra o invencível e reconhecendo que todos irão, em algum momento, morrer.

Embora dois dos casos que trago para levantar discussões acerca de como lidamos, hoje, com pacientes em situação de terminalidade não sejam exemplos de eutanásia, discuto-os por terem sido amplamente divulgados pela mídia e gerado controvérsias.

O marido de Terri (Theresa Marie Schiavo), Michael Schiavo, foi um dos exemplos mais recente de que as famílias já admitem o direito de decidir sobre o destino de seus parentes com doenças incuráveis, dispensando os usos das

⁴⁹ Denys Arcand, diretor do filme “As invasões bárbaras”, em uma entrevista à revista Veja (intitulada O começo do fim), falando sobre a eutanásia, tema desse filme, disse: “embora, como todos sabemos, ela seja feita todos os dias, em hospitais de todo o mundo, como um ato de misericórdia sobre o qual todos se silenciam, a eutanásia é e será, por muito tempo um tabu de ordem religiosa: nossa vida não pertence a nós, e sim a Deus e, por extensão, ao Estado. Mas acredito que esse tabu seja vencido. Na Holanda, por exemplo, que é o país mais civilizado do mundo, a eutanásia já foi legalizada. A morte de Remy, entretanto, é a minha visão de morte ideal” (Boskov, 2004). Remy é o nome do personagem principal do filme, que optou por morrer com uma overdose de cocaína, ou seja, uma forma de eutanásia. Com o apoio da família e dos amigos, abreviou o sofrimento de um câncer terminal. O diretor conclui sua fala dizendo: “É assim que eu gostaria de ir-me: num lugar belo, cercado por minha família e meus amigos, no momento que me parecer mais adequado” (Boskov, 2004).

tecnologias. Terri, americana de 41 anos de idade, estava há 15 anos em estado vegetativo, ou seja, ela encontrava-se inconsciente e incapaz de realizar qualquer movimento voluntário, em razão da inatividade de seu córtex cerebral devido à falta de oxigênio causada por parada cardíaca ocorrida quando tinha 26 anos de idade. Segundo informações contidas na reportagem intitulada *Terri morreu, as dúvidas continuam* (Schelp, 2005), apesar da oposição dos pais, o marido de Terri, Michael Schiavo, depois de uma longa batalha judicial, conseguiu autorização para que a sonda de alimentação fosse retirada. Seu marido é considerado seu guardião legal e, segundo a reportagem *Pais desistem; EUA esperam morte de Terri* (Leite, 2005b), ele tentava, desde 1998, desligar o tubo que alimentava a mulher, afirmando que ela sempre disse que jamais gostaria de ser mantida viva desse modo. A expectativa dos médicos com relação à morte de Terri era que ocorresse por inanição, devido à remoção do tubo, levando de uma a duas semanas para acontecer. Segundo os médicos, sua morte seria quase indolor (TUBO, 2005; Leite, 2005b).

O procedimento levou Terri à morte por inanição e desidratação, após 12 dias, nove horas e 15 minutos da retirada do tubo que a mantinha viva desde fevereiro de 1990, conforme informações da reportagem intitulada *No 13º dia de agonia, morre Terri Schiavo* (Leite, 2005d). Nos EUA, TVs e sites alardeavam cada desdobramento e cada derrota judicial dos pais de Terri contra seu marido (idem), como é demonstrado por este trecho extraído da mesma reportagem:

Toda noite, algum canal ou apresentador realizava um programa especial sobre o caso Terri. Dezenas ficaram acampados em frente à clínica, em Pinellas Park. Pouco depois da morte, as TVs já mostravam pessoas cantando e rezando.

Antes e depois da morte de Terri, ocorreram várias manifestações, muitas delas em frente ao hospital. Pessoas carregavam cartazes, ajoelhavam-se, rezavam e tentavam invadir o hospital para dar água para Terri. No dia 30 de março, já haviam sido detidos 48 manifestantes em frente à clínica (Leite, 2005c). A cada dia, crescia a tensão entre defensores da decisão do marido e opositores da morte de Terri, como é demonstrado por este excerto da reportagem intitulada *"Terri está nas últimas horas", diz pai* (Leite, 2005a):

Ontem, nove pessoas foram presas em manifestações em frente à clínica, entre elas uma criança de 10 anos. Na quarta-feira, mais dez tinham sido detidos tentando levar água para a mulher. Anteontem à noite, um homem foi preso após assaltar uma loja de armas numa tentativa para "resgatar Terri Schiavo", segundo a polícia.

Consta, na mesma reportagem, que Terri já tinha ficado sem o tubo por duas vezes em meio à batalha judicial que se arrastou desde 1998, mas nunca por tanto tempo. No ano de 2001, foram dois dias; em 2003, seis. Ainda nessa reportagem, os parentes e amigos dos pais de Terri relataram:

... ela está com uma cor acinzentada, os olhos fundos, a língua e os lábios secos. Seu irmão, Bobby Schindler, afirmou que olhar para ela era como olhar uma "foto de prisioneiro de campos de concentração"⁵⁰.

Esse relato ocorreu a cinco dias de sua morte. Pode-se perceber, pelas reportagens, que as diversas mobilizações geradas foram em torno da vida e da morte e de quem teria ou não o poder de determinar o “futuro” de Terri. Em contrapartida, pouco se falou sobre como essa mulher estava vivendo, se essa condição poderia ser chamada de vida ou, ainda, se aplicar uma medicação que levasse a uma morte rápida e, talvez, sem dor, não teria sido mais solidário com a situação da paciente.

Outra questão pouco discutida foi a do significado da morte por inanição. Para alguns médicos, o suprimento de líquidos e nutrientes equivale a uma forma de medicamento, uma vez que Terri não podia nutrir-se sem o uso de aparelhos que bombeassem materiais nutritivos para dentro de seu corpo. Entretanto, segundo a reportagem intitulada *Vaticano afirma que "princípios da civilização" foram violentados* (VATICANO, 2005), a morte dessa mulher foi qualificada, pelo Vaticano, como “uma violação dos princípios cristãos e da civilização”. Na reportagem, Joaquín Navarro-Valls, porta-voz do Vaticano, disse que "alimentar uma pessoa jamais poderia ser considerado como um recurso excepcional" (VATICANO, 2005). A reportagem trouxe também o pronunciamento do cardeal Renato Martino, presidente do Conselho Pontifício de Justiça e Paz, que qualificou os que induziram a morte da americana como "cúmplices de um homicídio" e que se tratou "não apenas de uma tragédia humana, mas também

⁵⁰ Leite, 2005a.

uma tragédia ética, jurídica e cultural" (idem), comparando a morte de Terri "a uma sentença de morte executada por meio de métodos cruéis" (idem).

Mas será que morrer por sede e fome, mesmo com autorização judicial, tem alguma coisa a ver com a eutanásia? Ou a situação e seu desfecho mostram a urgência de se debater sobre as "verdades" legitimadas em relação ao morrer? Talvez a pena de morte por uma injeção letal que não causa "dor", sem desconsiderar os sofrimentos que possam acontecer naquele momento, seja um modo bem mais humano de tratar uma pessoa que está doente, o que me parece ir ao encontro dos princípios da eutanásia.

Um caso, no Brasil, que envolveu deliberações pela manutenção da vida ou não e que teve grande repercussão foi a decisão de Jeson de pedir a eutanásia do filho, Jhéck. Na época, o menino de quatro anos de idade era portador de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, tendo perdido a fala, a visão e os movimentos dos braços e das pernas. A criança estava internada há quatro meses no CTI (Centro de Terapia Intensiva) infantil do hospital Unimed de Franca (SP), alimentando-se por meio de sonda e respirando com a ajuda de aparelhos. Segundo nota publicada na revista *Veja*, intitulada *Deixem Jeson em paz* (Petry, 2005), não suportando ver seu filho preso em uma cama de hospital, inerte, Jeson queria pedir à justiça que seu filho fosse submetido à eutanásia. No entanto, Rosemara, mãe de Jhéck, opunha-se à decisão do ex-marido, e sua luta consistia em manter a vida do filho. Por um lado, a decisão da mãe foi respeitada e recebeu apoio da sociedade; por outro, a resposta que o pai recebeu foi a de acusação. Ele foi chamado de assassino por querer matar seu filho e teve questionada, inclusive, a sua sanidade mental (Petry, 2005).

De acordo com o que Erlan, irmão de Jeson, disse na reportagem intitulada *Família do pai de Jhéck é contra a eutanásia* (Toledo, 2005a), a família não apoiou o pai porque tem formação católica e acredita que a eutanásia não é a melhor medida para a criança. Erlan disse:

Acredito que ele está agindo movido pelo desespero. Somos contra a decisão dele e ficamos até meio constrangidos com isso, porque ninguém está apoiando o Jeson⁵¹.

Em uma reportagem, Jeson disse saber que lutaria “contra o mundo” (Toledo, 2005a), porém, ao que parece, as frentes de “batalha” geradas pela sua ação levaram-no a recuar e desistir de obter uma autorização da justiça para realizar a eutanásia no filho. Segundo a reportagem intitulada *Pai desiste de pedir a eutanásia do filho* (Toledo, 2005b), Jeson afirma:

Estou desistindo oficial e definitivamente. Quero dar chances à mãe e estou entregando meu filho a Deus.

Consta nessa mesma reportagem que, de acordo com o advogado de Jeson, a defesa da eutanásia na Justiça iria se basear no conceito de vida:

Valeria a pena viver com aparelhos assim? Queríamos uma definição do conceito de vida. Ele está ou não vivo? Essa era a tese⁵².

Segundo a reportagem intitulada *Médico defende fim do tratamento de Jhéck* (MÉDICO, 2005), o médico defendeu o direito de Jeson pleitear judicialmente a morte do filho. De acordo com o especialista, o pai não quer o homicídio do filho, mas o término do sofrimento da criança, como sugere o excerto abaixo:

A suspensão do esforço terapêutico é uma situação que não vejo com ressalvas. Se é a vontade de Deus que ele viva, ele viverá. Se não for a vontade de Deus, ele não viverá. Se ele morrer, essa não terá sido a vontade divina?⁵³

Segundo reportagem intitulada *Mãe diz esperar avanço da ciência para salvar Jhéck* (MÃE, 2005), após a desistência de Jeson, Rosemara disse que se sentia aliviada:

Foi a melhor notícia que poderia ocorrer. Não esperava que ele [Jeson de Oliveira] fosse desistir e creio que as orações tenham servido para isso. Estou aliviada demais⁵⁴.

⁵¹ Toledo, 2005a.

⁵² Toledo, 2005b.

⁵³ MÉDICO, 2005.

⁵⁴ MÃE, 2005.

Rosemara afirmou, na mesma reportagem, que agora só espera o avanço da ciência para curar o filho:

Esperamos o avanço da ciência, da medicina, para descobrir uma forma de curar o meu filho. Agora vou cuidar dele com a cabeça fria e espero um dia poder levá-lo para casa. Infelizmente, agora não há condições para isso, mas espero um dia conseguir⁵⁵.

Sem ignorar ou menosprezar as crescentes mudanças ocorridas na medicina e nas biotecnologias, o tom muitas vezes sensacionalista da mídia em torno dos feitos das tecnociências cria expectativas em muitas pessoas, como, por exemplo, em Rosemara, a respeito de possíveis “curas” num futuro, mesmo que médicos especializados digam o contrário. Assim, se, em outras épocas, a promessa de “Salvação da Vida” encontrava-se “fora” deste mundo, hoje parece que a promessa e a “Salvação” encontram-se neste mundo, na medicina, nas biotecnologias, na ciência... No entanto, quando não “encontramos” respostas neste mundo, especialmente em situações que envolvem vida e morte, mesmo os médicos evocam explicações e “divindades” do discurso religioso, como mostrou o excerto anterior.

A reportagem comenta que, segundo Rosemara, o ex-marido deve ter desistido por causa da pressão que sofreu da família de ambos, uma vez que até a sua própria família se posicionou contra, além de ter passado a ser pressionado nas ruas e no local onde mora. Nas palavras de Rosemara, a desistência do pai se deu não apenas pela pressão da sociedade, mas também pelas orações:

Só pode ter sido essa pressão e as orações que todos fizeram⁵⁶.

Em meio ao sofrimento de seu filho, à desesperança dos médicos, às manifestações públicas e às opiniões de familiares, marcadas por discursos religiosos e legalistas voltados para a manutenção da vida, parece que o pai veio a desistir da eutanásia do filho e a aceitar o prolongamento do seu processo de morte.

Quando grande parte da sociedade mobiliza-se de diferentes formas contra determinada atitude, especialmente numa situação que envolve decisões implicadas na morte de um familiar tão próximo, talvez se torne difícil não se

⁵⁵ MÃE, 2005.

⁵⁶ Idem.

“curvar” e “abrir” mão daquilo que tomamos como convicção. Talvez, naquele momento, não houvesse outra saída para Jeson, visto que estava sendo julgado e condenado pela opinião pública e por seus familiares, o que mostra as dificuldades, os embates e os enfrentamentos daqueles comportamentos que se movem na direção de enfrentar ou romper com o instituído.

Mas quais seriam os motivos da mãe em não aceitar a eutanásia do filho? O que levou tal decisão a ter apoio popular? Sem minimizar os sofrimentos associados à doença de um filho ou à sua morte, com tais questões, estou procurando pensar sobre o que nos move a apoiar a vida a qualquer custo, em quem estamos pensando e no que estamos nos apoiando nessas decisões. Afinal, poucos se arriscaram em contestá-la. O que estava em discussão, efetivamente, era o sofrimento do menino pela sua situação? Ou não seria o papel instituído para o ser mãe?

A resposta dada pelo Estado de São Paulo a essa polêmica, foi a de custear e montar uma UTI na casa de Rosemara para que ela acompanhasse seu filho até os últimos momentos de “vida” ou, talvez, a sua recuperação. Segundo a reportagem *Estado promete UTI na casa de Jhéck* (Toledo, 2005c), o diretor clínico e chefe do Centro de Terapia Intensiva Infantil do hospital Unimed de Franca (Luís Fernando Peixe), foi procurado pela coordenadora de Regiões de Saúde do Estado (Maria Iracema Guillaumon Leonardi), que ofereceu aquilo que fosse necessário para a criança ser tratada em casa. Isso mostra que tanto a condição clínica do menino quanto a possibilidade de eutanásia são situações controversas também no campo médico. Conforme as palavras do médico:

Ele precisa de respirador artificial, monitor de oxigênio, monitor cardíaco, cama hospitalar, colchão d'água e alguns materiais necessários para continuar vivendo.

Na reportagem, foram apontados, ainda, os valores dos aparelhos custeados pelo Estado (Toledo, 2005c):

Somente o respirador artificial custa de R\$ 40 mil a R\$ 60 mil - os outros equipamentos ainda não foram orçados, porque podem ser comprados no país ou mesmo importados.

Conforme o pronunciamento da assessoria da Secretaria da Saúde, na mesma reportagem, não houve privilégio a Jhéck por conta da divulgação que o

caso alcançou na mídia. Foi dito, ainda, que cerca de 200 pacientes são atendidos em casa pelo Estado e que o critério para receber esse serviço é médico, sem a necessidade de intervenção judicial (Toledo, 2005c).

Segundo a reportagem intitulada *Vítima de doença degenerativa, Jhéck completa cinco anos e segue internado* (VÍTIMA, 2005), no dia 21 de setembro, os familiares de Jhéck comemoraram o aniversário de cinco anos do garoto.

De acordo com a reportagem *Jhéck Respira Parte do dia sem Aparelhos* (Ribeiro, 2006), Jhéck está há quase um ano morando na casa da mãe, amparado pela UTI domiciliar, e encontra-se, há cerca de três meses, respirando parte do dia sem a ajuda de aparelhos. Além dos cuidados especiais com a alimentação e com a higiene pessoal, Jhéck toma três tipos de remédios. Segundo consta na matéria, Rosemara disse:

hoje Jhéck consegue sorrir, após ficar quase um ano sem conseguir mostrar nenhuma reação. "Ele demonstra com os olhos os sentimentos e consegue prestar atenção nas coisas que estão a sua volta"⁵⁷.

Essas expressões, conforme algumas explicações médicas, podem ser apenas um reflexo involuntário; afinal, Jhéck é portador de uma doença degenerativa do sistema nervoso central: ele perdeu os movimentos dos braços, das pernas e do pescoço, alimenta-se por meio de sonda e não fala. Apesar de o menino estar “vivendo”, talvez as máquinas e outros suportes materiais não sejam capazes de criar condições de vida para além de funcionamentos puramente orgânicos que permitam a aquisição de pensamentos cujas manifestações de lembranças, sentimentos, sensações e afetos nos tornam humanos. Todavia, mesmo na situação em que se encontrava o menino, houve comemoração de seu aniversário. Não estou aqui desconsiderando ou depreciando as demonstrações de afeto; ao contrário, tais atitudes integram as nossas memórias e identidades, mas me interrogo: será que ele completou mais um ano de vida? Que pensamentos movem as pessoas a manterem um outro ser em tais circunstâncias?

Diferentemente do desfecho do caso de Terri, Jhéck teve apoio para voltar para sua casa, mesmo diante dos problemas econômicos que o Setor de Saúde Pública enfrenta no Brasil. Nesse caso, parece que as manifestações públicas em

⁵⁷ Ribeiro, 2006.

“favor” da mãe e/ou do garoto geraram efeito. Nesse sentido, se Terri fosse brasileira, talvez pudesse estar “vivendo” em casa. Ou, ao contrário, se Jhéc fosse americano, poderia não estar “vivendo” na dependência de aparelhos em sua casa. Com esses movimentos de pensamento, pretendo chamar a atenção para o quão relativas ou circunstanciais são nossas decisões, mesmo em casos extremos como esses, o que torna necessário ter coragem para falar, debater, questionar e se posicionar diante da luta por algumas “vidas”, num mundo marcado por algumas mortes e, até mesmo, genocídios autorizados/silenciados.

Em casos extremos, em que a “vida” é mantida somente através de equipamentos, que benefícios há em se manter a pessoa “viva”? Qual o poder de decisão da pessoa em relação à sua vida? O que significa viver?

A partir desses questionamentos, trago a discussão de outro caso, bastante recente e com repercussão internacional, que foi a morte induzida do italiano Piergiorgio Welby, de 60 anos de idade. Segundo a reportagem intitulada *Morte de italiano volta foco à eutanásia* (MORTE, 2006), em decorrência de uma distrofia muscular de que sofrera por 42 anos (doença genética degenerativa), Welby não podia mover nenhum órgão do corpo, com exceção dos olhos, estava conectado a um respirador artificial e imóvel em uma cama desde 1997.

Welby foi presidente de uma associação de defesa dos doentes e já havia reivindicado à Justiça e também, de maneira oficial, aos seus médicos o direito de interromper o tratamento terapêutico que o mantinha com vida, mas prostrado em uma cama (MÉDICO, 2006). Conforme a mesma reportagem, nos últimos meses, ele liderou uma campanha pelo seu direito de morte e, em setembro, havia enviado um vídeo ao presidente italiano, Giorgio Napolitano, em que falava (através do computador que sintetizou sua voz) de suas condições e pedia o direito de morrer. Seu apelo dividiu a opinião da sociedade italiana sobre a possibilidade de legalização da eutanásia. No vídeo, que foi transmitido pela televisão, ele dizia:

Se eu fosse suíço, holandês ou belga, poderia aforrar este sofrimento. Mas sou italiano, e aqui não existe piedade.

A reportagem trouxe também o depoimento do médico Mario Riccio, que induziu a morte de Welby. Depois de ter seu pedido negado por várias instâncias

judiciais, o anestesista Mario Riccio desligou o respirador artificial que mantinha o paciente vivo, mas primeiro ministrou um coquetel de sedativos, nas suas palavras, "para que ele não sofresse com a falta de ar" (MÉDICO, 2006). Ricco alegou que a suspensão do tratamento era a vontade do paciente:

"Aceitei sua vontade de morrer", declarou o médico⁵⁸.

A confirmação da morte de Welby ocorreu meia hora depois de desligado o aparelho. Sua irmã, Carla, disse que tudo aconteceu "como ele queria" e pediu aos políticos que chegassem a um ponto de consenso e que deixassem "de lado as ideologias, os rancores", porque o mundo muda rapidamente e a Itália já está "muito atrás" (MÉDICO, 2006).

Na Itália, o responsável pela eutanásia está sujeito a até 15 anos de prisão. Segundo a reportagem *Morte de italiano volta foco à eutanásia* (MORTE, 2006), os políticos da oposição conservadora na Itália pediram que o médico fosse preso imediatamente. O deputado democrata-cristão Luca Volonté disse: "Esse médico cometeu um homicídio, não pode ficar impune". Enquanto as forças políticas debatiam sobre as questões de sua morte, entendidas como eutanásia, "o mundo católico se opôs ao pedido" de Welby (MORTE, 2006).

A mesma reportagem trouxe a informação de que a eutanásia é tema de debate crescente em diversos países⁵⁹ e comenta que Welby se tornou muito conhecido na Itália após

aparecer em reportagens de televisão, escrever poemas e um diário no seu blog, além de lançar o livro "Deixem-me morrer".

Diferente dos casos Terri e Jhéc, o caso Welby gerou também reações favoráveis da população à prática de eutanásia. As manifestações em favor pelo seu direito de morte ocorreram das mais variadas formas. A ministra italiana de Comércio Exterior, Emma Bonino, por exemplo, iniciou uma greve de fome de

⁵⁸ MÉDICO, 2006.

⁵⁹ Desde 1984, a eutanásia não é penalizada na Holanda - e foi legalizada em 2001. No ano seguinte, a Bélgica aprovou lei parecida com a holandesa. Na Suíça, apesar de ilegal, uma brecha da lei permite "suicídios assistidos" desde 1942 - desde que o próprio paciente ministre a droga letal. Desde 1994, o Estado de Oregon, nos EUA, permite o suicídio assistido. Outros países permitem a interrupção do tratamento por vontade do paciente, mesmo com risco de morte, como o Reino Unido. A americana Terri Schiavo esteve no meio de uma polêmica nos EUA quando seu marido pediu na Justiça que seu tubo de alimentação fosse desligado. Ela ficou em estado vegetativo por 15 anos. A Justiça americana permitiu o desligamento.

dois dias para apoiá-lo (ITÁLIA, 2006a); outras oito pessoas iniciaram greve de fome para apoiar o direito de Welby morrer e em defesa da eutanásia. Uma delas disse: "Não encontramos médicos dispostos a praticar a eutanásia" (Idem). Outras formas de manifestação foram as vigílias de apoio a Welby ocorridas em várias cidades italianas. Cerca de 200 pessoas reuniram-se diante da Prefeitura de Roma com velas acesas e bandeirolas em favor do seu direito de morrer em paz (ITÁLIA, 2006b).

Tais situações, amplamente noticiadas, vêm reforçar a necessidade de repensar e discutir questões e assuntos relativos à vida e à morte, especialmente quando nos encontramos atravessados por lógicas voltadas ao ultrapassamento da organicidade do corpo e ao prolongamento da vida e à infinitude neste mundo, associadas a visões que atribuem a um Soberano o poder de vida e de morte neste mundo ou fora dele.

Na contemporaneidade, o processo de morte pode ser prolongado pela manutenção artificial de algumas funções vitais. Entretanto, por quanto tempo se deve prorrogar ou abreviar a morte por meio da intervenção médica? Essa questão constitui-se como objeto de controvérsias nos meios de comunicação, nos tribunais e nos hospitais. Como podemos observar nesta fala de um médico, chefe do serviço de neurologia de um hospital privado, na entrevista ao jornal *Zero Hora* (Netto, Trezzi, 2005):

Essas situações foram criadas pelo avanço da medicina. Estados vegetativos são uma criação nossa. Agora temos de enfrentar o monstro. Temos de nos adequar, assim como fizemos com o transplante e com a morte cerebral. Ponho muito menos energia no tratamento de infecções respiratórias ou no ressuscitamento de paradas cardíacas quando não há chance de recuperação. Perguntam-me: 'Chamo o intensivista?'. Eu digo: 'Não, não chama'. Durmo tranquilo. Nunca fiz tudo o que poderia. Fiz tudo o que deveria. E não considero eutanásia.

Essa fala mostra que, apesar de o médico praticar um tipo de eutanásia (a eutanásia passiva), ele não considera que a sua atitude se enquadre nessa prática. Porém, poderíamos inferir, segundo o seu relato – ao dizer que nunca fez tudo o que poderia, mas o que considerou como seu dever –, que ele “julga” a hora de morrer de seus pacientes (sem chance de recuperação) quando deixa de chamar o intensivista. Por outro lado, se concordarmos com a utilização

indiscriminada da tecnociência, estaremos incentivando as instituições de saúde, aparelhadas com instrumentos cada vez mais sofisticados, a “driblar” a morte, recaindo, então, nas seguintes questões: como os médicos devem proceder diante de um paciente terminal⁶⁰ ou sem chances de recuperação? O ser humano tem o direito de decidir qual vida tem valor e qual é descartável? Que posições ocupam os sentimentos e os desejos dos pacientes?

Uma outra interpretação possível para o procedimento do médico pode ser a de que ele talvez tenha optado por não causar ainda mais sofrimento a seus pacientes. Nesse caso, o médico estaria deixando a vida seguir seu “curso natural”, promovendo, assim, a ortotanásia.

Os artigos 5º e 6º do Código de Ética Médica ditam como princípios fundamentais que:

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente⁶¹.

Aqui talvez tivéssemos que pensar e debater sobre o significado de benefício do paciente e em que medida a sua voz é escutada. Se o médico tem o direito de escolher o tratamento mais adequado, no caso de pacientes terminais, o que fazer quando não há perspectiva de alterações? Outra questão vem a ser o direito de escolha do paciente frente a um tratamento ou a outras condições materiais que não mudarão o seu quadro. Os casos examinados neste estudo tornaram visível que, mesmo quando política e publicamente o paciente requer o direito de decidir sobre a sua condição de vida e morte, seus desejos, sentimentos e reivindicações geram manifestações contrárias à sua “liberdade” de escolha. Isso mostra a rede de governo em que nosso corpo e vida se encontram inseridos. Também me faz pensar o quão pouco olhamos para a condição do outro, imersos nas verdades instituídas que nos outorgam o direito de soberanos para julgar as decisões de alguém sobre sua vida/morte.

⁶⁰ Paciente terminal é aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, de 3 a 6 meses, independentemente das ações médicas que são colocadas em prática (Fransiconi & Goldim, 2005).

⁶¹ Conselho Federal, 1988.

DISCUTINDO RESOLUÇÕES SOBRE O VIVER E O MORRER...

Com vistas às questões relacionadas à discussão sobre a eutanásia, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) propôs⁶² uma polêmica Resolução, que foi assunto da reportagem intitulada *Eutanásia não fere ética médica, diz CRM* (Collucci, 2005). Na reportagem consta que a resolução considera ético limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente incurável em fase terminal e que, apesar da resolução não se referir à eutanásia ativa, ela propõe que a decisão de suspender os procedimentos que mantêm vivo o paciente, como a respiração artificial, deverá respeitar a vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, a do seu representante legal (Collucci, 2005).

A mesma reportagem traz as seguintes falas de advogados:

Apesar da prática médica [a eutanásia] já existir, essa resolução não isenta o médico ou o familiar que autorizar a suspensão do tratamento de responder a uma ação penal por eutanásia.

A eutanásia não é autorizada por lei. A resolução não tem respaldo legal.

Como havia comentado no capítulo anterior, o código penal não prevê a prática de eutanásia como crime, mas ela pode ser enquadrada no Artigo 121º, em que será considerada como homicídio doloso se houver intenção de matar. Nesse caso, o médico, se condenado, pode pegar entre seis e 20 anos de prisão. Porém, se a eutanásia for enquadrada no Artigo 122º, ela é considerada como auxílio ao suicídio, com a pena variando de dois a seis anos de prisão (Goldim, 2004a).

Essa Resolução foi publicada no *site* do Conselho Regional de Medicina (CRM) e foi dele retirada por decisão do Ministério Público na semana seguinte à publicação da reportagem. O Ministério Público entendeu que não faz sentido propor uma consulta pública para algo que o código penal entende como crime. Assim, o Conselho Regional de Medicina estuda outra forma de salvaguardar os médicos, visto que, para validar uma proposta de resolução como essa, seria necessário alterar a legislação.

⁶² Em julho de 2005.

Foi realizado em São Paulo, quase um ano após essas discussões, o fórum *Terminalidade da vida*, ocorrido nos dias 27 e 28 de julho de 2006, em que o Conselho Federal de Medicina discutiu a Resolução que aborda a suspensão de procedimentos que permitem o prolongamento da vida, as obrigações dos médicos nestas circunstâncias, o direito do paciente de receber cuidados para o alívio do sofrimento e o procedimento do médico diante da morte encefálica (COMEÇA, 2006).

Segundo publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná (Conselho Regional, 2006), uma minuta da Resolução, ou seja, uma primeira redação do documento oficial, já está pronta. Nesta proposta, consta como ético e "permitido que o médico limite ou suspenda tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal" (Conselho Regional, 2006). O texto também fala que, em caso de morte encefálica e se o paciente não for doador de órgãos, os aparelhos devem ser desligados - o que ainda hoje deixa muitos médicos apreensivos, por medo de ações penais (idem).

A minuta do Conselho Federal de Medicina traz os seguintes artigos:

Artigo 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 de seu representante.

Explicações - O médico tem a obrigação de esclarecer sobre os tratamentos adequados para cada situação. Quando o doente estiver incapaz e não houver representante, a decisão caberá ao médico.

Artigo 2º - O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar sintomas, assegurando-se assistência integral.

Artigo 3º - É vedado ao médico manter os procedimentos que asseguravam o funcionamento dos órgãos vitais quando houver sido diagnosticada a morte encefálica em não-doador de órgãos⁶³.

Essa minuta foi apresentada no fórum mencionado anteriormente, com a intenção de discutir a Resolução com representantes de associações de doentes crônicos e, por último, submetê-la à aprovação do Conselho Federal de Medicina, conforme consta na reportagem intitulada *Conselho de medicina discute norma*

⁶³ Conselho Regional, 2006.

que aprova ortotanásia (Collucci, 2006a). Essa reportagem traz a seguinte argumentação sobre o entendimento da proposta de Resolução:

Em 2005, o Ministério Público paulista condenou medida semelhante proposta pelo conselho médico do Estado por entender que era eutanásia, prática ilegal pela qual se busca abreviar a vida de um doente incurável. Para os médicos, a resolução trata da ortotanásia, o ato de cessar o uso de recursos que prolonguem artificialmente a vida quando não há mais chances de recuperação.

Segundo informações que constam na reportagem, essa norma tem a intenção de tranquilizar os médicos de que é possível interromper a "obstinação terapêutica desnecessária", desde que seja a vontade do doente ou de seu representante legal (Collucci, 2006a). No entanto, para isso, torna-se necessário romper com o pensamento regido pela infinitude da vida, reconhecendo um limite para a utilização de tratamentos e de equipamentos que a prolongam artificialmente.

Porém, segundo a reportagem intitulada *Médicos querem aprovar eutanásia 'light' este ano*, que traz informação do presidente da comissão de bioética, biotecnologia e biodireito da OAB-SP (Ordem dos Advogados do Brasil de São Paulo), a regulamentação da ortotanásia é válida apenas para levantar o debate sobre o assunto e servir de orientação moral para o médico, indicando que ele não estaria agindo contra o Código de Ética Médica (Cipriano, 2006). Isso não protege o médico legalmente e só teria esse efeito caso a legislação vigente fosse alterada (idem).

Segundo essa proposta de Resolução, o termo "ortotanásia" define-se como:

o ato de cessar o uso de recursos que prolonguem artificialmente a vida quando não há mais chances de recuperação⁶⁴.

Percebe-se que tal definição se aproxima das noções de eutanásia passiva ou indireta, em que a morte do paciente ocorre numa situação de terminalidade, porque não se inicia uma ação médica ou porque se interrompe a intervenção, tendo como objetivo minorar o sofrimento (Francesconi & Goldim, 2005). Já a ortotanásia, para Francesconi & Goldim, refere-se à prática que se utiliza de

⁶⁴ Collucci, 2006a.

meios adequados para tratar uma pessoa que está morrendo e que “poderia ser associada, caso fosse um termo amplamente adotado, aos cuidados paliativos adequados prestados ao paciente” (idem, 2005, p. 76).

Em relação ao cuidado paliativo, Pessini (2001, p. 209) vai dizer que, segundo a Organização Mundial da Saúde, este se refere ao:

cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

O autor vai dizer, ainda, que os objetivos da medicina paliativa são:

1. Concentração efetiva na dor e no sofrimento e em seu cuidado;
2. Preocupação tanto com a condição corporal como com a vida interior do paciente;
3. Um processo de decisão que respeita a autonomia do paciente e o papel de seus representantes legais (DRANE; PESSINI, 2005, p. 130).

Dessa forma, é possível ver que ainda há um debate em torno desses conceitos; no entanto, podemos inferir, segundo a definição apresentada pela proposta de Resolução, que o sentido de ortotanásia inclui o direito de suspender procedimentos e tratamentos usados para prolongar a vida de doentes terminais e sem chances de cura, mas que essa conduta não tem por finalidade o encurtamento da vida. Esse é um dos fatores que pode distingui-la da eutanásia passiva ou indireta, pois, segundo alguns autores, esta age diretamente para abreviar a vida do paciente e evitar o sofrimento. Por mais que os objetivos pareçam contraditórios – afinal, a ortotanásia não objetiva abreviar o momento de morte, mas evitar o sofrimento desnecessário do paciente –, as práticas parecem ser muito semelhantes.

Não seria essa uma nova estratégia de mudar o nome da mesma prática para não remeter à idéia de crime, já que o termo “eutanásia” vem carregado de significados?

Enfim, o que se percebe é a existência de movimentos voltados a discussões acerca das formas como se tem exercido o poder sobre a vida das pessoas. Talvez tais movimentos criem condições para se repensarem os sentidos atribuídos aos processos e práticas relacionados ao viver/morrer, visto

que têm atuado como espaços geradores de opiniões, posições de autoridades e de outras propostas de intervenção e de legalização. A ortotanásia, debatida e problematizada desde julho de 2005 até o momento desta escrita, constitui um exemplo, pois, depois de tantas discussões e publicações, essa medida teve a aprovação do Conselho Federal de Medicina (RESOLUÇÃO, 2006a). Essa prática médica foi aprovada no dia 9 de novembro de 2006 e passou a vigorar a partir do dia 28 de novembro do mesmo ano, quando foi publicada no Diário Oficial da União⁶⁵. A Resolução traz as seguintes determinações:

Ementa:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal⁶⁶.

Na íntegra:

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 de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para 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 uma 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 da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário⁶⁷.

Comparada à minuta apresentada pelo Conselho Federal de Medicina, no fórum *Terminalidade da vida*, ocorrido nos dias 27 e 28 de julho de 2006, percebe-se que o propósito e as determinações pouco mudaram:

⁶⁵ D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006.

⁶⁶ Conselho Federal, 2006.

⁶⁷ Idem.

Artigo 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 de seu representante.

Explicações - O médico tem a obrigação de esclarecer sobre os tratamentos adequados para cada situação. Quando o doente estiver incapaz e não houver representante, a decisão caberá ao médico.

Artigo 2º - O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar sintomas, assegurando-se assistência integral.

Artigo 3º - É vedado ao médico manter os procedimentos que asseguravam o funcionamento dos órgãos vitais quando houver sido diagnosticada a morte encefálica em não-doador de órgãos⁶⁸.

A aprovação da Resolução sobre a ortotanásia foi assunto da reportagem intitulada *Médico tem Amparo para Interromper Tratamento* (Gonzatto, 2006), que informa que, em reunião plenária do Conselho Federal de Medicina, foi aprovada por unanimidade⁶⁹ a adoção da ortotanásia. Essa matéria apontou explicações sobre a definição, dizendo:

Na prática, ela permite ao médico atender à vontade de um paciente em estado terminal, ou de sua família, e eliminar tratamentos que prolongariam sua vida, mas não trariam perspectivas de recuperação⁷⁰.

A reportagem trouxe, ainda, a fala do médico intensivista⁷¹ Renan Stoll Moraes, que disse:

(...) essa norma é um avanço muito grande porque vai regulamentar uma coisa que fazemos hoje, sempre em comum acordo com a família (...) Ficamos mais tranquilos, porque o órgão regulador da profissão admite que isso existe⁷².

Para Clóvis Francisco Constantino, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, não há perigo de as pessoas confundirem a norma com eutanásia. Na reportagem intitulada *Médico pode limitar ajuda a doente terminal* (Collucci, 2006b), ele diz:

⁶⁸ Conselho Regional, 2006.

⁶⁹ Collucci, 2006b.

⁷⁰ Gonzatto, 2006, p. 26.

⁷¹ Trabalha nos hospitais Nossa Senhora da Conceição e Santa Casa de Porto Alegre.

⁷² Gonzatto, 2006, p. 26.

Nós somos absolutamente contra a eutanásia, não só porque é eticamente condenável, mas também porque, no nosso país, não é permitida. Eutanásia significa deliberadamente provocar a morte. Obviamente que nem o paciente, nem a família, e nem nós, médicos, queremos isso.

Sobre a resolução, ele diz que esta é doutrinária, pois faz o médico entender que existe um momento em que não é possível fazer mais nada em benefício do paciente (Collucci, 2006b).

As reportagens mostraram também que essa Resolução, além de não ser apoiada pela legislação brasileira, desperta opiniões contrárias, como é apontado na fala de Bráulio Pinto, presidente em exercício da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/RS) (Gonzatto, 2006, p. 26):

Não pode ser delegada a qualquer pessoa a decisão sobre se a vida deve ou não ser prolongada. É um atentado contra o ser humano, não importa se é chamado de eutanásia ou ortotanásia.

Não há como esconder isso atrás de um nome mais bonito ou incrementado. Toda vez que um médico deixar de lutar pela manutenção da vida do ser humano, estaremos diminuindo a valoração dessa vida.

Conforme a reportagem intitulada “Resolução é um crime”, diz promotor (RESOLUÇÃO, 2006b), para o presidente da Comissão de Bioética e Biodireito da OAB-SP, Erickson Gavazza Marques, a ortotanásia “é uma forma de eutanásia” e o médico e a família que a autorizarem poderão ser processados por homicídio. Segundo suas palavras:

(...) a resolução contraria a legislação vigente, principalmente o Código Penal, que prevê como crime o fato de você não dar assistência a uma pessoa que está em perigo de vida, sobretudo se você tiver o dever de fazer.

Na reportagem intitulada *Procurador quer revogar permissão à ortotanásia* (Collucci, 2006c), o procurador regional dos Direitos do Cidadão, Wellington Marques de Oliveira, diz que a resolução é um “atentado ao direito à vida”. Conforme consta nessa reportagem, o corregedor do Conselho Federal de Medicina, Roberto D’Ávila, disse:

Não podemos nos prender a formalismos legais. Não somos donos do doente. Ele tem o direito de optar⁷³.

Nessa mesma reportagem, o médico José Maria Orlando, presidente da AMIB (Associação de Medicina Intensiva), fez o seguinte comentário:

Não é possível que em pleno século 21 continuemos com um Código Penal de 1947, quando nem se sonhava com os equipamentos de suporte à vida aos doentes graves. Da mesma forma que eles salvam vidas, eles também as prolongam inutilmente.

A necessidade das discussões acerca da terminalidade, não só pelos médicos e advogados, como também pelas famílias e pacientes, apareceu também na reportagem intitulada *Como você quer morrer?* (Rodrigues, 2006). Nela, o médico coordenador da UTI (Hospital Santa Rita e Santa Casa/ RS), André Torelly, diz (Rodrigues, 2006, p. 4):

Perceber que um tratamento intensivo só poderá levar a mais sofrimento por causa de poucas horas de vida é ter uma compreensão madura sobre a morte. Aos poucos vamos evoluindo nisso.

Independente das posições contrárias e favoráveis, cada caso terá como juízes médico, paciente e familiares.

No dia 29 de novembro de 2006, um dia após a publicação da Resolução sobre a ortotanásia no Diário Oficial da União, em nota, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), colocou-se favorável à Resolução, trazendo citações da Encíclica *Evangelium vitae* (O Evangelho da vida, 1995), de João Paulo II, em que o Papa, após ter afirmado claramente sua posição contrária à eutanásia, afirma (CONFERÊNCIA, 2006):

distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado 'excesso terapêutico', ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar, ou ainda porque demasiado pesadas para ele e para sua família. Nessas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes (n° 65).

⁷³ Collucci, 2006c.

Apontando para a recomendação de que seja feito um sério discernimento, por parte dos médicos, sobre as condições do paciente e dos meios terapêuticos à disposição, o Papa afirma (idem):

A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte (n° 65).

Pode-se perceber, conforme essa nota da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, que a Igreja, outro poder constitutivo da sociedade brasileira, não teve como resistir aos debates, às mobilizações, às questões ligadas ao difundido uso dos atuais meios de tratamento e equipamentos de manutenção da vida. Ou seja, nos dias de hoje, no espaço hospitalar, o corpo do paciente encontra-se submetido a um conjunto de estratégias do campo médico cujos procedimentos e tecnologias criaram possibilidades “ilimitadas” de interferência na saúde/doença e na vida/morte dos pacientes. Essa circunstância produz a necessidade de posicionamentos de diferentes instâncias sociais e das pessoas em geral, seja por solidariedade com a dor do outro, seja porque estamos cotidianamente na iminência desses acontecimentos.

Apesar de a Resolução ter deixado claro que a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos é permitida em pacientes que estejam na fase terminal de doenças graves ou incuráveis, pode-se perguntar: em que consiste essa fase? Há algum período de vida diagnosticado/garantido pelos médicos, ou seja, um prazo até a morte?

Esses questionamentos levaram-me a pensar na possibilidade de ocorrência de duas situações. Numa delas, o médico diz que o paciente tem cinco meses de vida e pergunta se você, responsável pelo paciente, concorda em suspender as medidas terapêuticas que já não estão mudando a condição do paciente. Digamos que você concorde porque quer evitar o sofrimento dessa pessoa durante o período que lhe resta, mas logo depois, ou dias após a suspensão, a pessoa morre. A intenção não foi causar a morte, mas a pessoa dependia de tais medidas para continuar viva; então, o que você fez? Você concordou em acelerar o processo de morte?

Na outra situação, o médico diz que é necessário mudar a dosagem de certo medicamento porque a atual já não está dando conta de aliviar a dor. Ele

pergunta se você aceita aumentar a dose (de morfina, por exemplo). Você aceita porque não quer manter o sofrimento da pessoa, mas ela acaba morrendo. Você concordou em acelerar o processo de morte?

Essas duas situações remetem à eutanásia, seja a ativa, pela administração de medicamento que pode provocar a morte, seja a passiva, pela suspensão de medidas terapêuticas que podem ter como consequência a morte. Esta última refere-se também à ortotanásia. Nesse sentido, ambas têm como premissa aliviar a dor e o sofrimento, mas expõem o paciente à abreviação do processo de morte. Onde está a diferença? Na intenção da ação?

Estou querendo problematizar, com esse exercício de pensamento, as questões ligadas às categorizações e às práticas médicas diante de situações de muita dor física e psicológica. Apesar de alguns nomearem de eutanásia e outros de ortotanásia, ambos os procedimentos médicos têm como problema central o sofrimento do paciente terminal. Ao pensar no sofrimento, interrogo-me se os questionamentos quanto à eutanásia não poderiam se relacionar, por exemplo, ao deslocamento do poder de decisão sobre a vida e a morte, vista pela Igreja e seus seguidores como estando nas mãos de Deus, soberano cujo poder, para muitos, rege o destino dos vivos e não-vivos. Ou, ainda: a outra lógica soberana, a da longa duração da vida, criada pelos tratamentos e tecnologias que podem alterar as condições orgânicas do corpo, não estaria também integrando os problemas que levantamos relativamente à eutanásia?

A reportagem intitulada *Constitucionalista diz que lei ampara ortotanásia no país* (CONSTITUCIONALISTA, 2006) traz uma entrevista realizada com Luís Roberto Barroso, em que ele fala a respeito dos valores legais da resolução aprovada, dizendo:

Não há nenhuma dúvida, nem ética nem jurídica, à luz dos valores sociais e dos princípios constitucionais, de que a ortotanásia é legítima. A resolução é uma interpretação da Constituição.

Suicídio assistido e eutanásia (...) ética e juridicamente (...) podem realizar adequadamente valores constitucionais, pelas mesmas razões, de respeitar a vontade do paciente, quando ela possa ser manifestada, e o sofrimento seja insuportável.

Ele sugere que o Código Penal deva ser interpretado levando em consideração princípios como o da liberdade e o da dignidade humana, uma vez

que a liberdade envolve o direito à autodeterminação (desde que seu exercício não interfira no direito de uma outra pessoa); já o segundo princípio legitima a resolução, ou seja, a dignidade compreende, além do direito à vida, o direito a uma morte digna (CONSTITUCIONALISTA, 2006).

Com base nas reportagens e na legislação, percebe-se que a Resolução pode não isentar o profissional de ser responsabilizado criminalmente pela acusação de homicídio, no caso da ortotanásia, mas admite que a prática da ortotanásia não fere o código de ética médica e livra o médico de um procedimento disciplinar institucional ao aplicá-la. Além disso, essa decisão legal fortalece politicamente a aceitação da ortotanásia na sociedade e acende discussões sobre os alicerces em que as leis, normas e códigos brasileiros têm se amparado.

Enfim, percebemos a existência de movimentos voltados ao debate das formas como se tem exercido o poder sobre a vida e a morte das pessoas. Entretanto, não basta apenas mudar as categorizações e os conceitos; o Código Penal também precisa ser revisto. Certeau (2003), ao falar a respeito das leis, comenta que a “análise do sistema permite detectar as variantes e os regimes da máquina que faz dos corpos a gravura de um texto, e interrogar-se sobre o olho ao qual se destina esta escritura ilegível em seus suportes” (idem, p. 235). Ao tomar o corpo como superfície de inscrição dos mecanismos de poder exercidos nele, inclusive a lei, o autor chama a atenção para a necessidade de um aparelho mediador que intervenha nas relações de uns com os outros. Os instrumentos da justiça, do cassetete do policial, algemas e prisão até a condenação a textos publicados pela imprensa, ao atuarem no corpo, modelam-no, definem-no, circunscrevem-no e conformam-no, tornando-o efeito e mecanismo disseminador ou multiplicador dessas normas (Certeau, 2003).

Desse ponto de vista, o corpo transforma-se e atua na formação de redes ou caminhos que transformam os “próprios seres vivos em impressos da ordem” (idem, p. 236). Em outras palavras, os corpos são tidos e usados como instrumentos que fazem parte dos objetos “destinados a gravar a força da lei sobre o seu súdito, tatuá-lo para fazer dele uma demonstração da regra, produzir uma ‘cópia’ que torne a norma legível” (idem, p. 232). Assim, a lei vista como norma captura os corpos e organiza o espaço social a partir da articulação de

técnicas inscritas nos corpos, os quais poderão agir na direção da manutenção daquilo que se tornou legalizado. Ao mesmo tempo, as mudanças sociais, políticas, médicas e técnicas geram outros discursos, que circulam através da mídia, dos fóruns, das manifestações públicas, veiculando e correlacionando outras verdades no campo social. Tais verdades, ao atuarem como estratégias de confronto ao instituído, podem criar condições para a emergência de outras normatizações, Resoluções e intervenções em relação, nesse caso, ao processo de morrer e à vida/morte.

No contexto brasileiro, hoje, é possível ver a existência de um descompasso entre o pensamento e as práticas médicas, que ocorrem no cotidiano do hospital em relação ao paciente terminal, e o que a legislação determina. Isso exige que sejam revistas e debatidas as normatizações, visto que a credibilidade conferida às normas faz crer que elas falam em nome do “real” e do verdadeiro. Assim, a lei inscreve-se “graças ao que dela já se acha inscrito: são as testemunhas (...) ou exemplos que a tornam digna de crédito para outros” (Certeau, 2003, p. 241). Ou seja, “o discurso normativo só ‘anda’ se já se houver tornado relato, um texto articulado em cima do real e falando em seu nome, isto é, uma lei historiada e historicizada, narrada por corpos” (idem, *ibidem*).

As normas só são fixadas a partir da produção de mais relatos, ou seja, da disseminação de discursos normativos que se fazem acreditar e avançam sobre os corpos em direção a formulações de leis (idem). Para Certeau, a lei “joga com o corpo: ‘Dá-me o teu corpo e eu te darei sentido, dou-te um nome e te faço uma palavra de meu discurso” (idem, p. 242).

Um movimento que se impõe vem a ser pensar a serviço de quem se colocam as verdades instituídas e veiculadas pela imprensa. Refletir sobre tais produções humanas e seus efeitos pode funcionar como uma estratégia para participar politicamente das decisões sobre a vida e a morte. Nesse sentido, Foucault (2002b) vai dizer que

a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder [e] cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' (...): isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (idem, p. 12).

Em nossa sociedade, a verdade é centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem. Constantemente submetida à incitação econômica e política, adquire diversas formas e é imensamente difundida e consumida, produzida e transmitida sob o controle de dominação de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos; enfim, é objeto de embates políticos e sociais (Foucault, 2002b).

Pode-se dizer que, nos últimos anos, ocorreram importantes mudanças em relação ao processo de morrer, pois as discussões nos fóruns reunindo especialistas resultaram na aprovação recente da ortotanásia, não só pelo Conselho de Medicina, mas também por representantes da Igreja. No entanto, como já mencionei, ao considerarmos o sofrimento do paciente terminal e sua possibilidade, ou mesmo a de sua família, de decidir sobre os destinos de sua vida/morte, torna-se relevante e urgente debatermos sobre a eutanásia. Porém, para isso, temos que pensar nossas relações com a vida – o apego dominante à vida e às pessoas, muitas vezes, visto como amor – e com a morte. Procurar pensar a morte como iminente e inevitável talvez nos leve a outras relações com os outros, com a vida e com nós mesmos.

CONSIDERAÇÕES: AMARRANDO PROVISORIAMENTE OS FIOS DA REDE...

Retomando algumas considerações que fiz durante a produção da pesquisa, pretendo, de forma breve, revisitare as reflexões feitas neste estudo.

Para dar início, afirmo que não busquei nem pretendi dizer verdades, nem oferecer respostas definitivas sobre as questões aqui discutidas, uma vez que a verdade é uma invenção humana, efeito das circunstâncias a partir das quais olhamos e pensamos o mundo. Dessa perspectiva, aquilo que dizemos existir no mundo não passa de invenções produzidas na rede de “sentidos” que circula na teia sociocultural com que nos relacionamos e nos constituímos cotidianamente.

Ao entender a realidade como invenção, interessei-me por investigar a produção de sentidos relacionada às práticas médicas direcionadas à manutenção e ao prolongamento do morrer “através de enunciados” (Veiga-Neto, 1996, p.29). Procurei colocar em evidência as “verdades” veiculadas em reportagens da mídia impressa que integram os processos constitutivos das nossas subjetividades. Ao perceber tais produções em funcionamento, não as questionei em tom de denúncia, mas tentei pensá-las de outras maneiras – talvez abrindo “brechas” para aquilo que é apresentado como fixo.

Como disse num outro momento do texto, parti do entendimento de que a mídia atua como uma instância produtora de saberes que, mais do que disponibilizar enunciados “de várias formações discursivas (...), constrói, reforça e multiplica enunciados propriamente seus, em sintonia ou não com outros discursos e outras instâncias de poder” (Fischer, 1997, p. 65). Para alcançar esta produtividade, a mídia vale-se de aproximações com outras instituições sociais, tais como a medicina, as leis, a religião, entre outras. Dessa forma, mais do que simplesmente levar “informações diárias” às pessoas, a mídia produz “verdades” sobre o mundo que funcionam como estratégias reguladoras na sociedade contemporânea.

Por essas motivações e entendimentos, retomo as propostas deste estudo, em que procurei conhecer como se vem pensando a morte e a eutanásia nos dias de hoje, problematizar como os discursos médico, jurídico e religioso articulam-se, regendo a vida das pessoas em situação de morte iminente, e colocar em questão os enunciados difundidos pela mídia impressa, suas “verdades” e “neutralidade”.

Conforme as palavras de Veiga-Neto (1996, p.19), “devemos desconfiar das bases sobre as quais se assentam as promessas e as esperanças nas quais nos ensinaram a acreditar”.

Para problematizar tais questões no presente, dirigi meu olhar para a história, com o propósito de mostrar que aquilo que temos no mundo foi produzido nela, a partir da busca de elementos para pensar nas mudanças ocorridas na produção dos saberes extraídos do corpo e das formas de entendê-lo, conhecê-lo e olhá-lo nas diferentes épocas. Nesse percurso, procurei conhecer e mostrar o que essas mudanças acarretaram no desenvolvimento de diferentes formas de conhecer e intervir no corpo, tanto na doença/saúde quanto nos procedimentos ligados aos saberes. A partir da modernidade, os conhecimentos e as práticas adquiridos nesse processo direcionaram-se ao indivíduo e à população, provocando alterações na organização do ambiente, na medicina, nas técnicas. As diferentes estratégias voltadas à vigilância, ao exame e ao controle do corpo produziram campos de saber e possibilitaram a emergência de um poder direcionado à regulamentação da vida da população, chamado por Foucault de biopoder, normalizando a vida e extraíndo dela e do corpo a sua máxima utilidade.

Tais compreensões do funcionamento do poder fizeram-me ver que estamos sujeitos a esses mecanismos ainda hoje, pois, ao mesmo tempo em que nos tornamos objeto dos representantes dos campos de saber/poder, em que suas verdades incidem em nosso corpo, passamos a ser vistos como auto-suficientes, racionais e capazes de livre arbítrio, tornando-nos, assim, segundo Foucault, “ao mesmo tempo, sujeito e objeto do (...) próprio conhecimento” (idem, p. 84).

Retornei à história para compreender e mostrar também as mudanças ocorridas nos processos de finitude ao longo do tempo e problematizar as formas de morrer nos dias de hoje. Procurei chamar a atenção para a morte não apenas como um fato biológico, mas também como efeito de processos socioculturais cujas transformações alteram comportamentos e sentimentos. Nesse sentido, o morrer pode ser vivenciado de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados nessa experiência nas diferentes épocas.

Ao discutir os locais onde se morria, os modos de lidar com esse processo, os sentimentos e comportamentos em relação ao doente e ao morrer, tentei

apontar transformações, da morte familiarizada à morte no presente. Por exemplo, de uma morte esperada no leito da casa do enfermo, que não era retardada nem antecipada e que tornava o quarto do moribundo um lugar público, onde se entrava livremente, para uma morte solitária, escondida, técnica, podendo ser antecipada, mas que, muitas vezes, acaba retardada por diversos tratamentos e procedimentos.

Tentei mostrar, ainda, as mudanças sociais e culturais ocorridas ao longo de várias décadas, configurando a morte institucionalizada, com a intenção de tornar visíveis procedimentos e questões relativas às condições de isolamento, monitoramento e controle do doente. Apontei também o silenciamento de assuntos relativos a situações de morte iminente, entre elas, a autonomia do paciente e do médico em decisões sobre a morte.

Outro aspecto apresentado em relação à institucionalização do doente e da morte refere-se às classificações inventadas para as formas de morrer, os procedimentos, os tratamentos e as mortes ocorridas sob o monitoramento dos especialistas nos hospitais – eutanásia, distanásia, ortotanásia, entre outros. Percebi que, apesar da tentativa de enquadrar as situações de morrer, tais conceitos ainda causam divergências, sendo motivadores de debates nos meios de comunicação, nos tribunais e nos hospitais. A respeito das tentativas de enquadramento, Bauman (1999) diz que, ao procurar-se enquadrar as coisas em determinados lugares, se percebe que elas podem não ser enquadradas nas categorias existentes ou, ao contrário, podem encaixar-se em mais de uma.

Ao procurar conhecer como se fala da morte relacionada à eutanásia nos dias atuais, percebi que a intervenção médica no morrer articula uma rede de “verdades” ligadas a discursos normativos (religioso, ético e/ou legal) cuja existência circunscreve a vida e a morte. Para Foucault, cada vez mais, a lei funciona como norma e a instituição judiciária se integra num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) cujas funções são, sobretudo, reguladoras. Assim, “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (Foucault 2001, p. 135).

Dessa perspectiva, hoje, o funcionamento da instituição hospitalar, regido por normas e procedimentos cientificistas, muitas vezes destina seus recursos à manutenção e ao prolongamento da vida. Por outro lado, grande parte da

população que procura o hospital na busca pela cura, muitas vezes encontra somente um lugar para morrer, pois, quando os médicos não conseguem mais curar, o hospital passa a ser apenas um local de morte (Ariés, 2003).

As discussões trazidas pelas reportagens levaram-me a ver que, apesar de a participação no momento da morte ter diminuído, o contato com a iminência da morte pode ter se intensificado, uma vez que a mídia, conforme Doll (2004), aumentou a presença da morte cotidianamente através do entretenimento, o que demonstra a fragilidade do processo de tentar esconder a morte. Ao mesmo tempo, tais práticas cotidianas da mídia, especialmente a televisiva, podem gerar também uma banalização da morte.

Discussões e relatos presentes nas reportagens trouxeram, ainda, a ocorrência de movimentos da sociedade, por meio de manifestações públicas de apoio ou protesto às decisões sobre a vida/morte de pacientes com doenças terminais ou sem chance de cura, assim como a existência de embates entre profissionais de diferentes áreas (medicina e direito, especialmente) no movimento de legalização das práticas médicas que suspendem ou limitam os procedimentos e tratamentos que prolonguem ou mantenham a “vida” dos pacientes. Atualmente, vêm ocorrendo mobilizações para debater e repensar as formas como se tem exercido poder sobre a vida das pessoas e sua liberdade de decisão, gerando problematizações diante de legislações que não amparam as decisões do paciente, da família ou do médico. Esses movimentos ou reações têm sido motivados pelo direito à liberdade, o que envolve o direito à autodeterminação e à preservação da dignidade humana. Isso compreende, além do direito à vida, o respeito pela autonomia e o direito a uma morte digna, ou seja, o direito de morrer o mais naturalmente possível, deixando a obstinação terapêutica e o uso da tecnologia para os que têm chance de recuperação.

Mesmo com essas divulgações dos “avanços” da tecnociência e da ampliação do poder de intervenção médica, não aconteceram reflexões mais amplas por parte das pessoas em geral que pudessem mostrar, além dos impactos proporcionados por essas novas condições de tratamento e as suas possíveis conseqüências, questionamentos sobre as condições do paciente e da vida que está sendo mantida.

Outra situação amplamente difundida na mídia impressa foi a aprovação da Resolução sobre a ortotanásia pelo Conselho Federal de Medicina. Foi possível perceber um posicionamento favorável aos limites do saber e do poder sobre a vida e, ainda, o caráter e a força política dessas discussões e manifestações que, além de contribuir para a aceitação da ortotanásia na sociedade, mobilizam questionamentos sobre as leis, normas e códigos brasileiros.

Diante dos movimentos atuais, nem mesmo a Igreja teve como exercer grande resistência frente aos debates, às mobilizações e às questões ligadas ao difundido uso dos atuais meios de tratamento e equipamentos de manutenção da vida.

Nos dias de hoje, em razão da criação de possibilidades “ilimitadas” de interferência na saúde/doença e de vida/morte dos pacientes, emerge uma necessidade de posicionamentos das pessoas em geral, seja por solidariedade com a dor do outro, seja porque estamos cotidianamente na iminência de nos depararmos com decisões sobre os destinos da “vida”.

Ao procurar conhecer os efeitos da aprovação da Resolução sobre a ortotanásia, constatei também que, apesar de essa prática ter sido apoiada pelo Conselho Federal de Medicina e pela Igreja, ela continua proibida por lei e, por isso, ainda causa medo de punição por homicídio. Alguns profissionais da saúde relataram em entrevistas a jornais que praticam, além da ortotanásia, a eutanásia e que as famílias já admitem o direito de decidir sobre o destino de seus enfermos irreversíveis; por isso, muitas vezes, dispensam as tecnologias da ciência. Assim, mesmo que os médicos pratiquem a ortotanásia ou a eutanásia com vistas a poupar o sofrimento do paciente, eles não decidem por ela, mas passam a decisão à família.

Nesse sentido, torna-se relevante e urgente debatermos sobre a eutanásia e sobre questões relacionadas ao “amor”, à morte e ao sofrimento do doente e das pessoas próximas a ele. Pensando no sofrimento, interrogo-me se os questionamentos e a forte oposição à eutanásia não poderiam estar fundamentados, por exemplo, no deslocamento do poder de decisão sobre a vida e a morte, do ponto de vista da Igreja, das mãos de Deus, o Soberano. Ou, ainda, na crença no poder da tecnociência, que pode prolongar a vida e alterar as condições orgânicas do corpo, outra lógica soberana.

Afinal, a serviço de quem se colocam as verdades instituídas e veiculadas pela imprensa? Refletir sobre tais produções humanas e seus efeitos pode funcionar como uma estratégia para participar politicamente das decisões sobre a vida e a morte. Evitar falar, questionar e discutir nos deixará ainda mais despreparados para o enfrentamento de decisões e de questões relacionadas à iminência de morte.

Com essas análises, não busquei categorizar ou enquadrar as práticas ou os discursos de médicos, de advogados e da Igreja, nem julgar se estão certos ou errados. Procurei, isso sim, conhecê-los e torná-los visíveis para, talvez, criar outros espaços para pensar e problematizar determinadas práticas médicas, jurídicas, religiosas e da comunidade em geral, diante da possibilidade de liberdade de decisão e ação das pessoas em situações de morte.

Considero as discussões e o pensar em torno dessas questões como estratégias para que as pessoas possam conhecer e compreender os efeitos das verdades que regem as suas opiniões sobre o seu corpo e sua morte e a dos outros, e, assim, talvez interrogar as práticas soberanas sobre o morrer. Essas discussões podem nos possibilitar conhecer e desnaturalizar a rede de discursos e práticas que atuam em nossa sociedade ligados aos cuidados do corpo, à saúde, à prevenção dos riscos associados às doenças que podem levar à morte (medicalização – exames periódicos, medicamentos, etc.). Além disso, pensar sobre as discussões que têm ocorrido a respeito das formas de morrer e sobre a prorrogação ou não da morte por meio da intervenção médica significa pensar sobre quem estamos sendo no mundo. Afinal, “pensar sobre a condição humana e sobre a limitação da sua vida é pensar sobre o sentido da nossa própria existência” (Doll, 2004, p. 120).

Penso que vou sendo inventada, permanentemente, nas relações que estabeleço com o mundo, na medida em que sou interpelada nas/pelas relações cotidianas, as quais me imprimem histórias/acontecimentos. Quando me dispus a ouvir e me deixar habitar pelas vozes presentes em jornais, revistas, livros, aulas, elas geraram conflitos, conhecimentos, sentimentos, outros pensamentos em mim a respeito da vida/morte. Neste momento, vejo o percurso desta pesquisa como uma experiência não só de escrita, mas de pensamento e de vida como pessoa ou futura professora de biologia, onde tenho muito caminho a trilhar...

REFERÊNCIAS

AMARAL, Marise B. Natureza e representação na pedagogia da publicidade. In: Costa, Marisa V. (org.) *Estudos Culturais em educação: Mídia, Arquitetura, Brinquedo, Biologia, Literatura, Cinema...* Porto Alegre: Ed. Universidade. 2000. p. 143- 171.

ARIÈS, Philippe. História da morte no ocidente. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. RJ: Ediouro, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. *O mal estar da pós-modernidade*. Tradução: Mauro Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BELLINO, Francesco. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Tradução: Nelson Souza Canabarro. Bauru,- SP: EDUSC, 1997.

BERGAMO, Giuliana. Máquinas que Vêm. *Veja*, São Paulo, ed. 1904, n. 19. p. 132-134, 11 maio 2005a.

_____. Agora, sem Hormônios. *Veja*, São Paulo, ed. 1915, n. 30. p. 113, 27 julho 2005b.

BOSCOV, Isabela. O Começo do Fim. *Veja*, São Paulo, ed. 1839, n. 5. p. 11-13, 04 fevereiro 2004.

BRASIL. Decreto Lei Nº. 2.848-1940, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DecretoLei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 14 nov. 2006.

BUCHALA, Anna Paula. O Consultório da Internet. *Veja*, São Paulo, ed. 1922, n. 37. p. 112-116, 14 setembro 2005.

CERTEAU, M. de; Giard, L; Mayol, P. *A invenção do cotidiano: 1 Artes de fazer*. Tradução: Ephraim F. Alves. Petrópolis, RJ: Vozes, 9. ed., 2003.

CIPRIANO, Rodrigo. Médicos Querem Aprovar Eutanásia 'Light' Este Ano. *Diário do Grande ABC*, 29 jul. 2006. Disponível em: <<http://setecidades.dgabc.com.br/materia.asp?materia=542195>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

COLLUCCI, Cláudia. Eutanásia não Fere Ética Médica, diz CRM. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04 jul. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0407200501.htm>>. Acesso em: 04 de jul. 2005.

____. Conselho de Medicina Discute Norma que Aprova Ortotanásia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jul. 2006a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2807200617.htm>>. Acesso em: 08 de ago. 2006.

____. Médico Pode Limitar Ajuda a Doente Terminal. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 nov. 2006b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1011200601.htm>>. Acesso em: 10 de nov. 2006.

____. Procurador quer Revogar Permissão à Ortotanásia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 nov. 2006c. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1711200632.htm>>. Acesso em: 18 de nov. 2006.

COMEÇA o Fórum de Terminalidade de Vida. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostranoticia2005&portal=&id=11143>>. Acesso em: 08 ago. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Esclarecimentos a Ortotanásia, 29 nov. 2006. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/index.php?op=noticia&-subop=13305>>. Acesso em: 04 dez. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº. 1.246/88. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/12-46_1988.htm>. Acesso em: 06 abr. 2006.

____. Resolução Nº. 1.480/97. *Critérios para Diagnóstico de Morte Encefálica*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997-.htm>. Acesso em: 18 nov. 2006.

____. Resolução Nº. 1.805/2006. *Ortotanásia*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/-2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 04 dez. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. *CFM Desobriga Médicos de Prolongar a Vida dos Pacientes Terminais*. 28 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/crm2/sistema_autenticacao/ver_-noticia.php?id=462>. Acesso em: 10 ago. 2006.

CONSTITUCIONALISTA diz que lei ampara ortotanásia no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04 dez. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0412200613.htm>> Acesso em: 19 dez. 2006.

COSTA, Marisa. V. Discutindo a escola básica em tempos de neoliberalismo. In: (org.) *Escola básica na virada do século*. São Paulo: Cortez, 1996.

____; Silveira, Rosa Maria H. A revista nova escola e a constituição de identidades femininas. In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Horizontes Plurais – Novos Estudos de Gênero no Brasil*. São Paulo: ed. 34, Fundação Carlos Chagas, 1998.

____. Currículo e política cultural. In: _____. (org.) *O currículo nos limiões do contemporâneo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 37-68.

DÍAZ, Esther. *Michel Foucault: los modos de subjetivación*. Buenos Aires: Almagesto, 1993.

DOLL, Johannes. Finitude: algumas reflexões. In: Castro, Odair P. de (org.) *Envelhecer - Revisitando o corpo*. Sapucaia do Sul: Notadez, 2004, p. 115-122.

DRANE, James; PESSINI, Leo. *Bioética, medicina e tecnologia: Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. Tradução Adail Sobral, Maria S. Gonçalves. SP: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

DREYFUS, H. L; RABINOW, P. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Tradução: Vera Porto Carrero. RJ: Forense Universitária, 1995.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer*. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

ENGELHARDT, H.T. *Fundamentos de bioética*. Tradução: Ceschin, J.A. São Paulo: Loyola, 1998.

EWALD, François. Foucault e a norma. In: *Foucault, a norma e o direito*. Lisboa: Vega, 1993. p. 77-125.

FERREIRA, Arthur A. L. A psicanálise e a psicologia nos ditos e escritos de Michel Foucault. In: Guareschi, Neusa M. F; Hüning, Simone M. (org.); Rodrigues, Heliana B. C. [et al]. *Foucault e a psicologia*. Porto alegre: Abrapso Sul, 2005.

FISCHER, Rosa M. B. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, jul/dez 1997. p. 59-79.

FONSECA, Marcio A. Normalização e direito. In: Branco, Guilherme C; Portocarrero, Vera - *Retratos de Foucault*. RJ: NAU, 2000. p. 218 - 232.

FONTENELLE, André. Doação de Órgãos: a Vida de Presente. *Veja*, São Paulo, ed. 1924, n.39. p. 114-116, 28 setembro 2005.

FOUCAULT, Michel. Resumo dos cursos do collège de France (1970-1982). Tradução: Andréa Daher; Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 17ª ed., 2002b.

____. Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber. Organização de Manoel Motta Barros. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.

____. *A ordem do discurso*. Tradução: Laura F. A. Sampaio. 9 ed. São Paulo: Loyola, 2003b.

____. *Arqueologia do saber*. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRANCESCONI, Carlos. F; GOLDIM, José. R. Bioética clínica. In: Clotet, Joaquim; Feijó, Anamaria. G. S; Oliveira, Marília. G. (coordenadores). *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 59-85.

____. *Sobre a morte e o morrer*. 2000. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/morte.ppt>>. Acesso em: 17 abr. 2006.

GOLDIM, José, R. *Suicídio*. 1997. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/suicidio.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2006.

____. Futilidade. 2000. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/futilida.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2006.

____. Tipos de eutanásia. 2003. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutan-tip.htm>>. Acesso em: 10 set. 2006.

____. *Eutanásia no Brasil*. 2004a. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanbra.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

____. Suicídio assistido. 2004b. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/suicass.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

GONZATTO, Marcelo. Médico tem Amparo para Interromper Tratamento. *Zero Hora*, Porto Alegre, 11 nov. 2006. P. 26-27.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, jul/dez 1997. p. 15-46.

ITÁLIA: Ministra Faz Greve de Fome a Favor da Eutanásia. *Terra*, 04 de dez. 2006a. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0,,OI1-283378EI294,00.html>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

ITÁLIA Faz Vigília Por Homem Que Pede Para Morrer. *Terra*, 16 dez. 2006b. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0,,OI1304682EI294,0-0.html>>. Acesso em: 20 dez. 2006.

KELLNER, Douglas. Lendo imagens criticamente: em direção a uma pedagogia pós-moderna. In: Silva, Tomaz. T. da (org.). *Alienígenas em sala de aula: uma introdução aos Estudos Culturais em Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 104-131.

KOVÁCS, Maria Júlia. *Um estudo sobre o medo da morte em estudantes universitários das áreas de saúde, humanas e exatas*. São Paulo: Instituto de Psicologia/USP. Dissertação de Mestrado. 1985.

_____. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. In: *Revista Bioética Simpósio: Os Limites da Autonomia do Paciente, v.6, n. 1*. 1998. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v6.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2006.

_____. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003a.

_____. Bioética nas questões da vida e da morte. In: *Psicol. USP*. 2003b, vol.14, n.2. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642003000200008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-6564. Acesso em 25 de mai. 2006.

KRUSE, Maria Henriqueta L. *Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras*. Porto Alegre: PPG-Educação/UFRGS. Tese de Doutorado. 2003.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: Silva, T. T. da (org). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 35-86.

_____. Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas. Tradução: Alfredo Veiga-Neto. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 139-148.

LEITE, Pedro D. "Terri Está nas Últimas Horas" diz pai. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 26 mar. 2005a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft2603200503.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2005.

_____. Pais desistem; EUA Esperam Morte de Terri. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 mar. 2005b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft2803200501.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2005.

_____. Tribunal Volta a Negar Apelo de Pais de Terri Schiavo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 mar. 2005c. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft3103200504.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2005.

_____. No 13º Dia de Agonia, Morre Terri Schiavo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 01 abr. 2005d. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft01-04200504.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2005.

MÃE Diz Esperar Avanço da Ciência para Salvar Jhéck. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07 set. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0709200502.htm>>. Acesso em: 07 set. 2005.

MARTIN, Leonard M. C. S. R. Eutanásia e distanásia. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília, SP: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-192.

MÉDICO Defende fim do Tratamento de Jhéck. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 02 set. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0209200-521.htm>>. Acesso em: 02 set. 2005.

MÉDICO diz que Praticou Eutanásia em Italiano. *Terra*, 21 dez. 2006. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0,,OI1312373EI294-,00.html>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

MENEZES, Rachel A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MORIN, Edgar. O homem e a morte. 2 ed. Tradução: João Guerreiro Boto e Adelino dos Santos Rodrigues. Portugal: Europa-América, 1988.

MORRE Italiano Doente que Lutava Pela Eutanásia. *Terra*, 21 dez. 2006. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0,,OI1312275EI294-,00.html>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

MORTE de Italiano Volta Foco à Eutanásia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 de dez. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft2212-200612.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

MUÑOZ, Daniel R; Fortes, Paulo A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília, SP: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NEIVA, Paula. Entre a Saúde e a Doença. *Veja*, São Paulo, ed. 1903, n. 18. p. 86-92, 04 maio 2005.

NETTO, Andrey; TREZZI, Humberto. Eles Praticam a Eutanásia. *Zero Hora*, Porto Alegre, 03 abr. 2005. P. 32-33.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: 28 nov. 2006.

PARIZI, Regina R; Silva, Nei M. Transplantes. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília, SP: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 157-170.

PESSINI, Leocir. *Distanásia até quando prolongar a vida*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 (Coleção Bioética em Perspectiva, 2).

PETRY, André. Deixem Jerson em Paz. *Veja*, São Paulo, ed. 1922, n.37. p. 79, 14 setembro 2005.

RESOLUÇÃO de Ortotanásia Entra em Vigor. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 nov. 2006a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff-2911200633.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2006.

“RESOLUÇÃO é um Crime”, diz Promotor. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 nov. 2006b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1011-200612.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

RIBEIRO, Maria Fernanda. Jhéck Respira Parte do dia sem Aparelhos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 jul. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u124561.shtml>>. Acesso em: 02 ago. 2006.

RODRIGUES, Leandro. Como Você quer Morrer? *Zero Hora*, Porto Alegre, 18 nov. 2006. Vida. p. 04-05.

ROSS, Elisabeth K. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução: Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

____; KESSLER, David. *Os segredos da vida*. Tradução: Claudia G. Duarte. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

RUMO ao Homem Biônico. *Veja*, São Paulo, ed. 1914. n. 46. p. 46 - 47, Julho 2005.

SANTOS, Luiz. H. S. dos *Um olhar caleidoscópico sobre as representações culturais de corpo*. Porto Alegre: PPG-Educação/UFRGS. Dissertação de Mestrado. 1998.

SCHELP, Diogo. Terri Morreu, as Dúvidas Continuam. *Veja*, São Paulo, n. 1899, n. 14. p. 109-111, 06 abril 2005.

SIBILIA, Paula. *O homem pós-orgânico: Corpo, subjetividades e tecnologias digitais*. RJ: Relume Dumará, 2003.

SILVA, Tomaz Tadeu. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SOUZA, Nádia. G. S. *Concepções sobre o processo digestivo humano: uma avaliação das diferentes compreensões percebidas em alunos/as do segundo grau e cursos de ciências biológicas, a partir de uma revisão histórica*. Porto Alegre: PPG-Bioquímica/UFRGS. Dissertação de mestrado. 1996.

____. *Que corpo é esse?: o corpo na família, mídia, escola, saúde...* Porto Alegre: PPG-Bioquímica/UFRGS. Tese de Doutorado. 2001.

TOLEDO, Marcelo. Família do Pai de Jhéck é Contra a Eutanásia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 06 set. 2005a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0609200523.htm>>. Acesso em: 07 set. 2005.

____. Pai Desiste de Pedir a Eutanásia do Filho. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07 set. 2005b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff070920-0501.htm>>. Acesso em: 07 set. 2005.

____. Estado Promete UTI na Casa de Jhéck. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 09 set. 2005c. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff09092005-29.htm>>. Acesso em: 10 set. 2005.

TUBO de Americana com Dano Cerebral é Tirado Após Tumulto. Folha de São Paulo, São Paulo, 19 mar. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft1903200513.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2005.

TUCHERMAN, Ieda. *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa: Vega 1999.

VALLS, Alvaro. L. M. *Da ética à bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

VARGA, Andrew C. *Problemas de bioética*. Tradução: Pe. Guido Wenzel, S. J. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2001.

VATICANO Afirma que "Princípios da Civilização" Foram Violentados. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 01 abr. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft0104200505.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2005.

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: Costa, Marisa V. C. (org.) *Caminhos investigativos*. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 19-35.

____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: *Retratos de Foucault*. Guilherme C. Branco, Vera Portocarrero (Orgs.). RJ: Nau, 2000. p. 179-217.

____. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VÍTIMA de Doença Degenerativa, Jhéck Completa Cinco Anos e Segue Internado. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 set. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2209200522.htm>>. Acesso em: 24 set. 2005.

ANEXO: ARTIGO PUBLICADO

EUTANÁSIA, VIDA E MORTE: PROBLEMATIZANDO ENUNCIADOS PRESENTES NA MÍDIA⁷⁴.

Neila Seliane Pereira Witt - PPGEC-ICBS/UFRGS

Nádia Geisa Silveira de Souza - PPGEC-ICBS/UFRGS

Introdução

O medo de nossa transitoriedade é amenizado com a ajuda de uma certeza pessoal e relativamente privada de vida eterna em outro lugar. Nesse entendimento procuramos pensar na morte⁷⁵ afastando-a o máximo possível ou acreditando que nunca ocorrerá conosco – “os outros morrem, eu não” (Elias, 2001, p. 07).

Essa administração dos medos humanos faz com que não nos reconheçamos como mortais e finitos, ao mesmo tempo em que impede e dificulta que falemos sobre os processos de morrer, o que torna as práticas relacionadas à morte importantes fontes de poder de umas pessoas em relação a outras (Elias, 2001). Desse entendimento, buscamos conhecer como vem se pensando, nos dias de hoje, sobre a morte e a eutanásia⁷⁶, a partir de enunciados⁷⁷ e de experiências relacionadas ao processo de morte. Estamos entendendo que “o morrer não é apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente”, podendo sofrer transformações permanentes, alterando comportamentos e sentimentos (Menezes, 2004, p. 24). Entre as diversas instâncias que falam da morte, optamos nesse momento por investigar como os enunciados relacionados à eutanásia, aparecem na mídia impressa, devido ao papel constitutivo da mídia na contemporaneidade. O entendimento de

⁷⁴ Esse artigo foi apresentado no 2º Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação, ocorrido na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), nos dias 2 a 4 de agosto de 2006; e publicado em CD, ISBN 85-7528-170-4.

⁷⁵ “O número de definições que surgiram como consequência do desenvolvimento tecnológico já deixa bem claro que não é esta uma definição puramente médica e, por isso, tem implicações morais e legais” (Fransisconi & Goldim, 2005, p. 73). Porém, falar da morte de um corpo humano é também falar do momento em que as pessoas deixam de existir, ou seja, é a morte do corpo humano e da vida humana biológica (Engelhardt, 1998).

⁷⁶ Eutanásia é o ato de causar “deliberadamente a morte de outra pessoa que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento”, o termo vem do grego, podendo ser traduzido como “boa morte” ou “morte apropriada” e foi proposto por Francis Bacon, em 1623, em sua obra *Historia vitae et mortis*, como sendo o “tratamento adequado às doenças incuráveis” (Fransesconi & Goldim, 2005, p. 74).

⁷⁷ Segundo Esther Díaz (1993), o enunciado, não é nem uma palavra, nem uma frase, nem uma proposição, porém pode sê-lo. O enunciado atravessa objetos, conceitos, sujeitos e técnicas. Trata-se de um ato de discurso técnico que surge de regras estabelecidas segundo um jogo/regime de verdade. O termo regime, está sendo entendido como o “conjunto de regras, princípios e procedimentos produzidos pelo discurso que regulam a produção e a separação do verdadeiro de seu oposto” (Souza, p. 122, 2001).

que os enunciados, que integram as narrativas⁷⁸ das reportagens, inscrevem nos corpos noções do processo de morte, que passam a integrar as nossas subjetividades, moveu-nos, a procurar conhecer a rede de enunciados veiculados em alguns jornais sobre a morte e a eutanásia.

Ao colocar em evidência os enunciados e os discursos⁷⁹, relacionados a morte, nos propomos a problematizar a posição hegemônica e não questionável que determinados discursos têm ocupado na trama social, o que não tem possibilitado condições para que se discuta com as pessoas em geral as práticas, as legislações e os sentimentos relacionados aos processos de morte.

Nessa perspectiva, trazemos neste artigo a análise de duas reportagens: uma do jornal Zero Hora (Porto Alegre/RS), intitulada “Eles praticam a eutanásia”, do dia 03 de abril de 2005, que trata de uma entrevista com médicos gaúchos sobre a eutanásia; e a outra do jornal Folha de São Paulo (São Paulo/SP), intitulada “Polêmica na UTI”, do dia 04 de julho de 2005, que traz uma proposta de Resolução sobre a eutanásia do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Para a análise e discussões estabelecemos conexões com questões do campo dos Estudos Culturais nas suas versões pós-estruturalistas e com proposições de Michel Foucault.

A sociedade como provedora da vida, da juventude e da saúde...

Numa sociedade centrada na vida, na juventude e na saúde passamos a ter dificuldades para nos ver como mortais, afastando a velhice, os “velhos” e a morte e isolando os moribundos. Evitamos pensar e também discutir o envelhecimento e a morte como processos contínuos e gradativos no percurso da vida humana. Temos dificuldades de lidar com os sentimentos relacionados à doença, ao envelhecer e à morte, afinal essas circunstâncias nos remetem a pensamentos relacionados à nossa própria finitude que, muitas vezes, geram decisões e atitudes direcionadas à separação e ao isolamento do

⁷⁸ “Aquilo que se marcou, que virou texto cunhado no papel nada mais é do que a minha narrativa; é a história que estou contando, daquilo que eu, com meus olhos de aprendiz-pesquisador, passei a olhar como importante e que constitui como relevante para o trabalho” (Santos, 1998, p. 37). Costa (2001), a partir dos estudos de Foucault, comenta a esse respeito, dizendo que “as narrativas constituem o aparato de conhecimentos/saberes produzidos pela modernidade com a finalidade de tornar administráveis os objetos sobre os quais falam” (idem, p. 42).

⁷⁹ Estamos entendendo os discursos não como “conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os tornam irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever” (Foucault, 2004, p. 55).

mundo dos vivos. Em outras palavras “a morte do outro torna-se dramática e insuportável e se inicia um processo de afastamento social da morte” (Menezes, 2004, p. 27). Embora, a morte não tenha como ser abolida, houve enormes avanços na arte de repelir e impedir as causas de seu acontecimento, assim como, estender o tempo de vida. Um dos resultados foi que a morte, esse “inimigo invisível”, desapareceu de vista e do discurso (Bauman, 1998). No entanto, nossa vida passou a ser policiada do início ao fim, tornando-nos, pelo menos temporariamente, “inválidos acompanhando a vida das janelas do hospital” (idem, p. 195). Para chegar a essas condições a nossa cultura desenvolveu estratégias, como, por exemplo, esconder a morte daqueles próximos a própria pessoa,

colocar os doentes terminais aos cuidados de profissionais; confinar os velhos em guetos geriátricos muito antes de eles serem confiados ao cemitério (...); transferir funerais para longe de locais públicos; moderar a demonstração pública de luto e pesar; explicar psicologicamente os sofrimentos da perda como casos de terapia e problemas de personalidade (Bauman, 1998, p. 198).

Enfim, o processo de morte, assim como outros fenômenos da vida social, pode ser vivenciado de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência. Os sentidos do morrer modificam-se segundo o momento histórico e os contextos sócio-culturais. A relação estabelecida hoje, pelos indivíduos e pela sociedade com a morte, afastou-a do cotidiano, transformando-a em um tabu, privando o homem de sua própria morte (Menezes, 2004). O problema passou a ser o conhecimento da morte, essa previsão do fim absoluto da pessoa cria problemas e desperta – a partir da imagem da morte que se tem consciência – os terrores e temores dos seres humanos, afinal “a morte é um problema dos vivos” (Elias, 2001, p. 10). Essa preocupação diante do tema representa apenas uma outra expressão do nosso interesse em manter a vida. A exemplo disso têm-se as práticas relacionadas aos cuidados com os doentes, as quais passaram das famílias e dos religiosos para o monopólio dos médicos e suas instituições, onde o poder médico vai intervir “para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências” (Foucault, 2002a, p. 295).

Ao pensar na medicina e seus modelos atuais percebemos que ela “produziu uma morte em hospital, medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa, escondida e isolada” (Menezes, 2004, p. 33). Se por um lado, segundo Foucault (2002b), a história do hospital não se encontra relacionada à cura, por outro, era para lá que, antes do século XVIII, eram levados os pobres moribundos, a fim de que tivessem assistência

espiritual na morte e não representassem perigo de contágio para a cidade. Foi, a partir do final do século XVIII, que ocorreu a reorganização da instituição hospitalar e sua articulação com a prática médica, o que criou condições para a constituição do saber médico extraído do indivíduo e confrontado entre os hospitais. O indivíduo e a população tornam-se então, “objetos de saber e alvos da intervenção da medicina” (Foucault, 2002b, p. 111). Assim, a medicina pode ser entendida como “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (Foucault, 2002a, p. 302).

Sibilia (2003), ao falar da tecnociência comenta que “esses mistos de poder-saber conformam os contextos nos quais vivemos e falamos, eles nos constituem e nós os constituímos permanentemente” (idem, p. 41), assim essa relação entre poderes e saberes é capaz de criar incessantemente as tecnologias de poder⁸⁰.

O “fim da morte” é o objetivo explícito das tecnologias da imortalidade que estão presentes em pesquisas da atualidade entre elas, a engenharia genética, a criogenia e os fármacos. Esses projetos ou utopias parecem, hoje, além de aceitáveis, realizáveis pelas promessas científicas. Dentre elas uma vida: sem sofrimentos em função dos psicofármacos; sem fim através da bioengenharia e do congelamento dos organismos à espera de técnicas médicas mais eficazes; e também uma vida controlada e melhorada através de práticas eugênicas. Enfim, todas essas promessas e buscas poderiam acabar por fazer, segundo Bellino (1997), concorrências com os cemitérios em um futuro não tão distante.

As conquistas tecnocientíficas presenciadas nos últimos anos exigem que se revisem os limites médicos e jurídicos entre vida e morte: “as condições antes consideradas como morte passaram a ser reversíveis, exigindo a elaboração de novas leis, definições e práticas” (Hughes, 2001 apud Sibilia, 2003, p. 51). O borramento das fronteiras entre a morte e a vida, as quais antes eram nitidamente definidas, traz conceituações probabilísticas que determinarão o estado do paciente e as chances de recuperação.

⁸⁰ Para Foucault o poder configura-se como, algo que “não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação”, esse poder só existe em relação entre uma pessoa ou um grupo de pessoas e outra pessoa ou grupo (Foucault, 2002b, p. 175). Não é repressivo, negativo e violento, “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (idem, p. 8).

Não morremos mais como antigamente e percebemos mudanças no campo médico, em consequência de modificações que foram criadas na hospitalização, nas unidades de terapia intensiva e nos transplantes, as quais “caracterizam três grandes tendências do século XX que alteraram totalmente o horizonte da morte e do morrer” (Valls, 2004, p. 176). Essas mudanças trouxeram outras, entre elas a doação de órgãos os quais devem ser retirados ainda vivos do paciente, ou seja, “quando o paciente estiver legalmente morto” (idem, *ibidem*). Essa definição de morte legal tem como pressupostos a utilização dos órgãos para fins de transplantes, efeito das preocupações com a vida e em manter vivo, aquele que está considerado sem salvação ou condenado a morte. Ou seja, a morte torna-se legal quando tem como função gerar ou prolongar a vida de outros. Numa tentativa de driblar a morte a qualquer custo ou através de diferentes estratégias, estamos criando e buscando permanentemente maneiras que nos possibilitem poder viver, ou o poder sobre a vida. Enfim, a recusa em aceitar a finitude acabou gerando várias linhas de fuga.

Às mudanças jurídicas e médicas, cruza-se ainda com uma desvalorização sociocultural da morte tendo como efeito, mudanças nas cerimônias de funerais e de velamento do corpo. Tais processos Foucault associou aos mecanismos⁸¹ de biopoder, cuja focalização na vida, desde o século XIX, teria atenuado o sentido da morte. Segundo o autor, o biopoder se ocupa dos processos que são próprios da vida, dos fenômenos coletivos de uma população (como natalidade, mortalidade, longevidade, doenças, etc.). Esse poder lida com o corpo múltiplo, com estatísticas de uma população, com a população “como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2002a, p. 292-293). Os mecanismos de ação da biopolítica têm como finalidade a regulamentação da população, buscando prever seus eventos, “controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos” (idem, p. 297). Assim, a partir do século XIX, configura-se uma medicina cujas ações dirigem-se aos problemas de higiene e de saúde pública, que se enquadra numa política de regulamentar a vida da população, ou seja, como um campo de saber em que as estratégias pretendem fazer viver. Porém, essas estratégias de fazer viver, hoje, se confrontam com o direito de morrer, afinal ao estarmos sob os cuidados de uma instituição hospitalar não temos mais o direito de decidir pela nossa morte, estamos ali buscando manter a vida. No entanto, temos que nos questionar

⁸¹ Estamos utilizando mecanismo no sentido de um conjunto de ações de uns sobre outros, que “conduz condutas” e ordena o campo das possibilidades dos outros (Foucault, 1995).

sobre que vida estamos mantendo e qual o preço que estamos dispostos a pagar. Será viver, estar inconsciente, imóvel, sob ação de sedativos, “vivendo” graças aos tubos e máquinas disponibilizados pela tecnociência?

Uma das questões que vêm perturbando a aceitação natural de se manter a vida vem sendo o penoso espaço de tempo longe da família e dos amigos; acompanhado por estranhos numa cama de hospital em que as pessoas, ali nomeadas pacientes, podem ter em comum apenas a doença. Nessa instituição, enquanto se aguarda uma possível recuperação, gradativa e ironicamente ocorre a perda dos companheiros de quarto. Situações como essas, nos levam a pensar se o “avanço” tecnocientífico pode ser ou não considerado em prol do indivíduo. Nessa perspectiva, os pactos entre o homem e a ciência fizeram com que o objeto de cuidado da medicina passasse a ser a vida humana e não a pessoa, gerando a despersonalização da doença e a desumanização da medicina (Bellino, 1997). Segundo Foucault,

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. (...) o biológico reflete no político. (Foucault 2001, p. 134)

Ao aprendermos que somos uma espécie viva, para onde caminhamos? Essa trajetória nos leva às práticas e estudos de “técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens”, que tem como idéia central o “governo dos vivos”. Assim, o custeio (movimentar a economia) dos exames e remédios para prevenir os riscos⁸² ao longo da vida fica a critério das pessoas através de suportes preventivos como, alimentação, esportes, vitaminas, terapias, entre outros (Foucault, 1997, p. 101).

Hoje, doenças relacionadas ou causadas pelo estilo de vida que as pessoas optam manter são entendidas como resultado de resistência ou falta de informação, afinal tem-se a disposição várias prescrições de diferentes áreas médicas indicando, regras, normas e padrões de vida (como as dietas, os exercícios, as análises, os exames preventivos...) direcionadas a assegurarem a saúde, um objetivo principal.

A articulação de estratégias direcionadas a “autonomia” do sujeito, aos mecanismos de biopoder, fizeram com que houvesse um aumento dos cuidados de si, sobre a sua saúde.

⁸² Risco é “uma regra que permite ao mesmo tempo unificar uma população e identificar os indivíduos que a compõe segundo um mecanismo de auto-referencia” que pressupõe que todos os indivíduos possam ser afetados pelos mesmos males, ou seja, todos estão expostos e partilham as respectivas responsabilidades (Ewald, 1993, p. 97).

O biopoder está engendrado ao nosso cotidiano, através da naturalização de suas estratégias e, porque não dizer, da universalização dos cuidados com a saúde. Falando disso, hoje algumas opções como a de ser sedentário ou fumante entre outras, caracterizam a nova categoria denominada comportamento pessoal de risco. As pessoas que optam em manter essas práticas ou “vícios” são vistas como descuidadas e desleixadas com relação a si mesmas. Nesse entendimento, é possível dizer que o biopoder visa a administração e regulamentação da vida da população. Interferindo nas possíveis escolhas dos sujeitos e modos de viver vistos como saudáveis ou não, ou seja, na sociedade se aprendem formas de ser saudáveis e de ser doentes. Segundo Sibilia (2003), esta naturalização do biopoder foi sendo construída ao longo da história, ocorrendo assim a incorporação do controle⁸³, gerando menos resistências explícitas, uma vez que o poder passa a ser exercido através de formas mais sutis e sofisticadas, ou seja, imbricado aos saberes.

Associado à promoção da saúde emergem os discursos de juventude e beleza, atrelados às regras de mercado, consumo e produção cujas estratégias de propaganda e/ou marketing têm a finalidade de produzir sujeitos consumidores que movem a indústria de academias, fisioterapias, roupas esportivas, alimentos diets/lights, fármacos, cosméticos, cirurgias plásticas/estéticas, etc. Em uma rede de discursos que circula em diversas instâncias (mercado, mídia, medicina, ciência...) a imperfeição e incompletude de nosso corpo vêm sendo produzidas ao mesmo tempo em que a saúde e a beleza – através das atitudes e cuidados necessários ao atendimento das exigências que são para o “nosso próprio bem” ou para o bem de nosso corpo. Numa sociedade de consumo, regida pela política do mercado, para suprir os “desejos” e as “necessidades” dos corpos consumidores encontram-se a disposição tantos objetos e procedimentos quanto “necessite” para garantir vida longa, saúde, juventude e beleza, que conferem as promessas do mais antigo desejo humano, a vida eterna. Enfim, o biopoder é “fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, cujo objetivo é produzir forças, fazê-las crescer, ordená-las e canalizá-las, em vez de barrá-las ou destruí-las” (Sibilia, 2003, p.163) e para isso, o biopoder atua constantemente através de novos saberes e técnicas, para ajustar-se e para conquistar novos espaços, que estão sempre sujeitos a embates e resistências conferidas à vida. Nesse

⁸³ O sentido de controle que estamos fazendo uso é com relação a uma operação mais macro, que não pega o detalhe, que não é e nem precisa ser contínuo, por isso não é da ordem do microfísico. Pode ser considerado mental ou abstrato, não acompanha o processo, nem se dá em tempo real, mas visa o resultado a partir de comparações entre as coisas que estão submetidas a regras (Foucault, 2002b, Ewald, 1993).

sentido a morte deixa de interessar ao mecanismo de biopoder, pois ela representa o momento em que o indivíduo lhe escapa.

Como a morte e a eutanásia aparecem na mídia? Quem fala? Como fala?

Estamos entendendo a mídia como um domínio pedagógico, que, mais do que simplesmente levar as “informações diárias” às pessoas, produz verdades sobre o mundo. Ou seja, a mídia mais do que meio ou veículo de informações de massa, ensina alguma coisa, transmite “uma variedade de formas de conhecimento que embora não sejam reconhecidas como tais, são vitais na formação da identidade e da subjetividade” das pessoas (Silva, 2001, p. 140). Nesse sentido, consideramos como dispositivo⁸⁴ pedagógico da mídia as informações e comunicações por ela veiculadas as quais muitas vezes chegam a lugares que instituições como hospitais e escolas ainda não chegaram.

Diante da força da mídia na articulação e produção de representações e sentidos, compreendemos que os meios de comunicação (jornais, revistas, rádio, televisão...) conferem profundos efeitos na arte de moldar a vida cotidiana das pessoas. A mídia, por meio da informação e comunicação, constrói significados e atua decisivamente na formação dos sujeitos sociais e de seus corpos, os quais são tidos como mais uma mercadoria ou objeto de consumo (Amaral, 2000). Ao falar sobre a função pedagógica da mídia, Fischer (1997) diz que

“as diversas modalidades enunciativas (...) dos diferentes meios e produtos de comunicação e informação – televisão, jornal, revistas, peças publicitárias – parecem afirmar em nosso tempo o estatuto da mídia não só como veiculadora mas também como produtora de saberes e formas especializadas de comunicar e de produzir sujeitos, assumindo nesse sentido uma função nitidamente pedagógica”(idem, p. 61).

A mídia como produtora de saberes constitui uma das armas mais potentes da hegemonia cultural, nesse sentido “aquilo que não passa pela mídia (...) vai se tornando estranho aos modos de conhecer, aprender e sentir” (Fischer, 1997, p. 62), por outro lado, é capaz de ligar o estranho e a diferença às teias de códigos e signos comuns (Rocha, 1995 apud Amaral, 2000). Mais do que disponibilizar enunciados “de várias formações discursivas (...), a mídia constrói, reforça e multiplica enunciados propriamente seus, em sintonia ou não com outros discursos e outras instâncias de poder” (Fischer, 1997, p. 65).

⁸⁴ Estamos utilizando o sentido de dispositivo, como uma formação criada por elementos sociais, discursivos e não-discursivos, que se relacionam num determinado momento histórico com uma função estratégica de dominação (Foucault, 2002b, p.244).

Nessa perspectiva, a mídia está funcionando como uma importante instância que veicula “verdades” que funcionam como estratégias de regulação na sociedade contemporânea.

Esse entendimento nos levou a problematizar como temáticas entorno da morte (eutanásia, aborto, assassinato, câncer...) aparecem nesse veículo. Por se tratar de uma reportagem, é oportuno lembrar que nos dias de hoje, a mídia mais do que um veículo de informações configura-se como uma instância que adquiriu destacado papel como formador de opiniões, uma vez que se encontra implicada na constituição de nossas subjetividades. Nessa direção, Kellner (2001) nos fala da importância de nos alfabetizarmos criticamente em relação à mídia, ou seja, “aprender como apreciar, decodificar e interpretar imagens, analisando tanto a forma como elas são construídas e operam em nossas vidas, quanto o conteúdo que elas comunicam em situações concretas” (idem, p. 109). Isso não significa questionar os discursos presentes nas mídias em tom de denúncia, como se estivéssemos “acima” ou “fora” de tais produções culturais. Entretanto, ao perceber tais inscrições em funcionamento, devemos buscá-las em nós mesmos, seja para mudar ou não, seja para tentar entendê-las de outras maneiras.

Numa tentativa de levantar elementos para entender como vem se pensando a eutanásia, trouxemos inicialmente a reportagem do jornal Zero Hora (Porto Alegre/RS), intitulada “Eles praticam a eutanásia”, do dia 03 de abril de 2005, que trata da eutanásia a partir de depoimentos de médicos gaúchos. Nela, essa prática aparece como rotina para apressar a morte de pacientes terminais e rever os critérios utilizados para interromper o tratamento de quem agoniza.

Nas entrevistas a respeito da eutanásia tornaram-se visíveis as preocupações dos médicos em relação à falta de amparo legal, em detrimento das questões religiosas e morais. Eles afirmam que a prática da eutanásia serve para diminuir a agonia física, psicológica e financeira de pacientes e seus familiares, além de atenuar a falta de leitos e verbas para a saúde. Um dos médicos diz:

Por não tornarmos legal uma ação centrada na vontade, geramos uma indústria da saúde que trabalha com a seqüela e lucra com os custos hospitalares⁸⁵.

Nesse sentido, mesmo que, à custa de um maior sofrimento para os doentes e os familiares, a distanásia⁸⁶ por meio dos cuidados paliativos⁸⁷ reflete as preocupações

⁸⁵ As falas extraídas das reportagens estão neste artigo identificadas pelo uso do grifo em itálico.

⁸⁶ Distanásia é a agonia prolongada, é a morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Pode ser entendida como a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva

contemporâneas com o fazer viver e um prolongamento da vida. Esses cuidados correspondem, a um novo dispositivo social de domínio das emoções diante da morte, ou seja, torna-se necessário aos padrões atuais de sensibilidade o crescente autocontrole e distanciamento emocional, elementos indicadores das mudanças das relações do homem com seu corpo e, conseqüentemente, com a sua morte (Menezes, 2004).

No transcorrer da reportagem ocorre um diálogo entre o médico e o repórter, do qual extraímos o trecho que segue:

ZH – *existe eutanásia no Brasil?*

Médico – *sobre ela fala-se pouco e se pratica muito.*

ZH – *qual o momento para a eutanásia?*

Médico – *com alguma frequência, os familiares confessam que não agüentam mais.*

ZH – *esse é o recado?*

Médico – *sim, é muito claro (...) uma pessoa que a família amou ou ama muito é transformada em um pedaço de carne em cima de uma cama.*

Essa conversa nos mostra que a eutanásia, apesar de proibida por lei, é praticada e aceita tanto pelos médicos quanto pelas famílias. É presente também a existência do medo da punição por assassinato, por isso, o médico não decide pela morte, mas passa a decisão à família. Hoje, as famílias já admitem o direito de decidir sobre o destino de seus enfermos insalváveis e por isso, muitas vezes, dispensam as tecnologias da ciência, afinal seria lutar contra o invencível, pois temos que reconhecer que todos irão em algum momento morrer.

O processo da morte pode ser prolongado pela manutenção artificial de algumas funções vitais, mas por quanto tempo se deve prorrogar ou abreviar, a morte por meio da intervenção médica? Essa questão constitui-se como objeto de controvérsias nos meios de comunicação, nos tribunais e nos hospitais. Como podemos observar nessa fala de um médico, chefe do serviço de neurologia de um hospital privado na entrevista ao jornal Zero Hora:

de cura ou melhora, quando utilizado com este sentido, pode ser confundido, com a futilidade (Fransiconi & Goldim, 2005).

⁸⁷ “O cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial da Saúde como o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias” (Pessini, 2001, p. 209).

Essas situações foram criadas pelo avanço da medicina. Estados vegetativos são uma criação nossa. Agora temos de enfrentar o monstro. Temos de nos adequar, assim como fizemos com o transplante e com a morte cerebral. Ponho muito menos energia no tratamento de infecções respiratórias ou no ressuscitamento de paradas cardíacas quando não há chance de recuperação. Perguntam-me: ‘Chamo o intensivista?’. Eu digo: ‘Não, não chama’. Durmo tranquilo. Nunca fiz tudo o que poderia. Fiz tudo o que deveria. E não considero eutanásia.

Como pudemos ver nas falas desse médico apesar dele praticar um tipo de eutanásia (a eutanásia passiva⁸⁸), ele não considera que a sua atitude se enquadre nessa prática. Porém, poderíamos inferir segundo o seu relato – ao dizer que nunca fez tudo o que poderia, mas o que considerou como seu dever – que ele julga a hora de morrer de seus pacientes (sem chance de recuperação), quando deixa de chamar o intensivista. Por outro lado, se concordarmos com a utilização indiscriminada da tecnociência estaremos incentivando as instituições de saúde muito bem aparelhadas, com instrumentos cada vez mais sofisticados para ao ressuscitamento de pacientes, recaindo então na seguinte questão: Como os médicos devem proceder diante de um paciente terminal⁸⁹?

Souza (2001, p. 131), diz que “os diversos sistemas de significação, ao definirem o significado das coisas, codificam, organizam e regulam nossas ações, constituindo nossas culturas”. Daí a importância em compreendermos o modo como a cultura é modelada, uma vez que ela nos governa, “regula nossas condutas, ações sociais e práticas e, assim, a maneira como agimos no âmbito das instituições e na sociedade” (Hall, 1997, p. 39).

Com vistas às questões relacionadas a discussão sobre a eutanásia o Cremesp, propôs uma polêmica resolução a qual foi assunto da reportagem da Folha de São Paulo (São Paulo/SP), intitulada “Polêmica na UTI”, do dia 04 de julho de 2005, que trataremos a seguir⁹⁰.

Na reportagem consta que a resolução *considera ético limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente incurável em fase terminal* [e que apesar da] *resolução não se referir à eutanásia ativa*, [ela propõe que a] *decisão de suspender os*

⁸⁸ Eutanásia passiva ou indireta: a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento (Fransisconi & Goldim, 2005).

⁸⁹ Paciente terminal é aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, de 3 a 6 meses, independentemente das ações médicas que são colocadas em prática (Fransisconi & Goldim, 2005).

⁹⁰ Essa resolução foi retirada do site do Conselho Regional de Medicina (CRM) por decisão do Ministério Público na semana seguinte à publicação da reportagem. O Ministério Público entendeu que não faz sentido propor uma consulta pública para algo que o código penal entende como crime. Agora o CRM estuda outra forma de salva-guardar os médicos.

procedimentos que mantêm vivo o paciente, como a respiração artificial, deverá respeitar a vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, a do seu representante legal (Folha de São Paulo).

A mesma reportagem traz as seguintes falas de advogados:

Apesar da prática médica [a eutanásia] já existir, essa resolução não isenta o médico ou o familiar que autorizar a suspensão do tratamento de responder a uma ação penal por eutanásia. A eutanásia não é autorizada por lei. A resolução não tem respaldo legal.

Considerando as várias questões sobre o fim da vida, podemos observar que existe uma pluralidade de respostas possíveis e que vários pontos de vista devem ser considerados e avaliados, não se tratando de um relativismo sem limites. Pois de um lado está a lei e a religião e do outro a condição de ação do médico diante dos pacientes terminais, da falta de recursos (apoio legal, infra-estrutura, medicamentos...) e das famílias.

A tecnociência vem nos apresentando meios de manter a vida, situação inversa à eutanásia, isto é, a distanásia. Com isso cria-se outro problema, uma forma de vida, muitas vezes, dolorosa ou poderíamos dizer um demorado e penoso processo de morrer, no qual “o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos” (Elias, 1990, p. 103), exigindo ainda gastos elevados de famílias, de Planos de Saúde ou do Estado. Para enfrentar essa situação a solução que aparece é a eutanásia que, apesar de praticada, contraria o Código Penal e por isso é negada pelos médicos. Para fechar esse artigo, mas não a reflexão, encerramos com uma questão: Se conseguíssemos pensar ou se fosse possível nos colocarmos no lugar do paciente terminal, será que preferiríamos morrer mais rapidamente em casa, ou demoradamente num hospital?

Conclusões

Ao procurar conhecer como se fala da morte relacionada à eutanásia, nos dias atuais, percebemos que essa temática articula “verdades” ligadas a discursos religiosos, ético e/ou legislativo que exercem o poder de delimitar a vida, investindo no homem enquanto ser vivo.

Nesse entendimento, as práticas discursivas veiculadas nos meios de comunicação de massa (revistas, jornais, televisão, rádio), ao produzirem e instituírem os significados idealizados para o corpo e para o estilo de viver, constituem-se em elementos culturais importantes na complexa rede social que governa as nossas vidas. Afinal, na cultura de consumo os meios de comunicação de massa veiculam imagens estilizadas do corpo

bonito, jovem enfatizando a aparência visual, que ao educarem a população para cuidar do corpo, procuram reduzir os custos com a saúde. Ao mesmo tempo, o descuido ou a negligência com o corpo, gera discriminações em relação à pessoa e, até mesmo a sua moral. Nesse contexto, a velhice e a morte passaram a ser consideradas como decadência e derrota e, portanto, devem ser evitadas ao máximo, por outro lado, a morte poderá ser justificada em nome da defesa da vida, ou seja, na utilização dos órgãos em transplantes.

A partir desse estudo, procuramos tornar visível a maneira como, as nossas experiências encontram-se impregnadas por essas práticas discursivas, chamar a atenção para os seus efeitos na constituição daquilo que nos tornamos ou do que, referimos como “o meu corpo” ou “a minha vida” e enfatizar que um dos maiores problemas, na decisão de morte, está em evitarmos falar desse processo.

Referências bibliográficas:

- Amaral, Marise Basso. Natureza e representação na pedagogia da publicidade. In: Costa, Marisa V. (org.) *Estudos Culturais em educação: Mídia, Arquitetura, Brinquedo, Biologia, Literatura, Cinema...* Porto Alegre: Ed. Universidade. 2000. p. 143- 171.
- Bauman, Zygmunt. *O mal estar da pós-modernidade*. Tradução Mauro Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- Bellino, Francesco. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Tradução: Nelson Souza Canabarro. Bauru, SP: EDUSC, 1997.
- Costa, Marisa. V. Currículo e política cultural. In: _____. (org.) *O currículo nos limiares do contemporâneo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 37-68.
- Díaz, Esther. *Michel Foucault: los modos de subjetivación*. Buenos Aires: Almagesto, 1993.
- Elias, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer*. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- Engelhardt, H.T. *Fundamentos de bioética*. Tradução: Ceschin, J.A. São Paulo: Loyola, 1998.
- Ewald, François. Foucault e a norma. In: *Foucault, a norma e o direito*. Lisboa: Vega, 1993. p. 77-125.
- Fischer, Rosa M. B. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, jul/dez 1997. p. 59-79.

- Foucault, Michel. O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H. L.; Rabinow, P. *Michel Foucault – Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. RJ: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.
- _____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 17ª ed., 2002b.
- _____. *Arqueologia do saber*. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- Francesconi, Carlos. F; Goldim, José. R. Bioética Clínica. In: Clotet, Joaquim; Feijó, Anamaria. G. S; Oliveira, Marília. G. (coordenadores). *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 59-85.
- Hall, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, jul/dez 1997. p. 15-46.
- Kellner, Douglas. Lendo imagens criticamente: em direção a uma pedagogia pós-moderna. In: Silva, Tomaz. T. da (org.) *Alienígenas em sala de aula: uma introdução aos Estudos Culturais em Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 104-131.
- Larrosa, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: Silva, T. T. da (org). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 35-86.
- Menezes, Rachel A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- Pessini, Léo. *Distanásia até quando prolongar a vida*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 (Coleção Bioética em Perspectiva, 2).
- Rocha, Everaldo. *A sociedade do sonho – Comunicação, Cultura e Consumo*. RJ: Mauad, 1995.
- Santos, Luiz. H. S. dos *Um olhar caleidoscópico sobre as representações culturais de corpo*. Porto Alegre: PPG-Educação/UFRGS. Dissertação de Mestrado. 1998.
- Sibilia, Paula. *O homem pós-orgânico: Corpo, subjetividades e tecnologias digitais*. RJ: Relume Dumará, 2002.
- Silva, Tomaz Tadeu. *Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

Souza, Nádia. G. S. *Que corpo é esse? O corpo na família, mídia, escola, saúde...* Porto Alegre: PPG-Bioquímica/UFRGS. Tese de Doutorado. 2001.

Valls, Alvaro. L. M. *Da Ética à Bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Material de análise:

Eles praticam a eutanásia, *Zero Hora* (Porto Alegre/RS), 03 de abril de 2005, p. 32-33.

Polêmica na UTI, *Folha de São Paulo* (São Paulo/SP), 04 de julho de 2005.

Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/ff0407200501%2ehtm>>

Acessado em 04 de julho de 2005.