

Rodrigo Siqueira Batista

ÀS MARGENS DO AQUERONTE:
Finitude, autonomia, proteção e compaixão
no debate bioético sobre a eutanásia

Tese apresentada como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-
graduação em Ciências / Saúde Pública da Escola
Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Orientador:
Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2006

Rodrigo Siqueira Batista

**ÀS MARGENS DO AQUERONTE:
Finitude, autonomia, proteção e compaixão
no debate bioético sobre a eutanásia**

Tese apresentada como um dos requisitos para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-graduação em Ciências / Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Prof. Dr. Fermin Roland Schramm.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof. Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof.^a. Dr.^a. Marlene Braz

Instituto Fernandes Figueiras – FIOCRUZ

Prof.^a. Dr.^a. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Prof. Dr. José Abdalla Helayël Neto

Departamento de Física de Partículas – CBPF

Rio de Janeiro, de Fevereiro de 2006

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

R484c

Siqueira Batista, Rodrigo

As margens do Aqueronte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia. / Rodrigo Siqueira Batista. Rio de Janeiro : s.n., 2006.

124p.

Orientador: Schramm, Fermin Roland

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Bioética da proteção.

2. Eutanásia.

3. Autonomia.

4. Compaixão.

Ao meus amados filhos Gabriel e Beatriz,
grandes esteios para minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Não poderia apresentar este trabalho sem fazer menção aos meus diletos companheiros de vereda:

Ao meu querido amigo e orientador Prof. Dr. Fermin Roland Schramm, por sua correção e rigor intelectuais — os quais muito me ajudaram na melhor formulação das “minhas” questões — mas, sobretudo, por sua generosidade, afeto e carinho, os quais me fizeram compreender o verdadeiro sentido da palavra *philia*;

A querida companheira Prof^a. Andréia Patrícia Gomes, por manter-se ao meu lado, em todas as horas, como verdadeira hoplita;

Ao querido irmão Prof. Romulo Siqueira Batista, pelas discussões travadas por horas a fio, as quais ajudaram em muito na construção deste trabalho;

Ao amigo Prof. Sávio Silva Santos, com quem venho debatendo estas questões há muitos anos, algo bastante significativo para pensar os limites da prática médica;

Ao amigo Prof. José A. Helayël Neto, pelos férteis momentos de discussões sobre a ciência, a filosofia, o conhecimento... e a vida;

Aos docentes ligados ao Núcleo de Ética Aplica e Bioética da ENSP — Prof. Carlos Dimas Martins Ribeiro, Prof. José Luiz Telles, Prof^a. Marlene Braz, Prof^a. Rita Paixão e Prof. Sérgio Rego — aos quais devo muito em aprendizado e exemplo, em todos os momentos desta trajetória;

Aos queridos colegas estudantes e aos estimados professores da pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), com os quais pude compartilhar vários momentos de fecundas discussões, as quais contribuíram decisivamente para minha mais ampla formação no doutorado;

Aos companheiros do Grupo Zen-budista San Zen Dojo, pelas leituras e pelos momentos de meditação, os quais foram decisivos para a elaboração de boa parte deste trabalho;

Aos colegas da Comissão de Bioética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro — especialmente o Prof. Sérgio Zaidhaft, a Prof^a. Marisa Palácios, a Prof^a. Lúcia Spitz, a Prof^a. Maria Lúcia Pimentel e a Marlene Zornitta — pelo companheirismo e pelas oportunidades construídas para o aprofundamento das discussões bioéticas, especialmente em relação à assistência aos enfermos com a morte em curso;

À Fundação Oswaldo Cruz, pelo fornecimento da bolsa de estudos e de excelente infra-estrutura para a condução do meu trabalho de investigação;

À Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), por todo o apoio fornecido para realização do curso de doutorado da ENSP;

À Secretaria Acadêmica, por todo apoio administrativo e pela disposição incondicional em ajudar;

Aos meus estudantes do Curso de Graduação em Medicina e do Curso de Graduação em Ciência da Computação da FESO, pois suas aguçadas “curiosidades” permanecem, a despeito do tempo, como poderosos estímulos para minha contínua busca por aprimoramento.

Mas, sobretudo, aos pacientes, que merecem todos os nossos esforços para construção de uma medicina mais digna — capaz de fomentar o respeito incondicional às suas condições de viventes — elemento fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e, quiçá, de um mundo melhor.

Resumo

Siqueira Batista, Rodrigo; Schramm, Fermin Roland. **Às margens do Aqueronte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia.** Rio de Janeiro, 2006. 202 p. Tese de Doutorado – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

A eutanásia, ou *boa morte*, é um dos assuntos centrais na bioética contemporânea, possuindo grande relevância no campo da saúde pública, em um contexto de (1) envelhecimento populacional, (2) ampliação das possibilidades terapêuticas na medicina e (3) finitude de recursos para demandas de saúde cada vez maiores — este último ponto em decorrência, principalmente, de uma composição entre (1) e (2). Apesar das grandes discussões hodiernas sobre a eutanásia, o tema permanece ainda como tabu em muitas sociedades — como no caso do Brasil —, necessitando, deste modo, um tratamento conceitual mais adequado, em relação tanto à conceituação — precisão semântica —, quanto à argumentação.

Neste trabalho, pretendeu-se investigar, de forma organizada, os principais aspectos envolvidos no debate moral sobre a *boa morte*, a partir de uma reflexão teórica sobre a literatura filosófica e bioética pertinente. O resultado da pesquisa foi organizado em cinco artigos, articulados entre si.

Com efeito, partindo-se de um breve comentário acerca dos antecedentes históricos relativos à eutanásia, procurou-se delimitar seu conceito — confrontando-o com outras definições atinentes à bioética do fim da vida, como o suicídio assistido, a distanásia, a ortotanásia e a mistanásia —, apresentar os principais argumentos pró e contra a sua realização e discutir o emprego do conceito de morte em seu debate moral. Ademais, questões como o *se-saber-mortal*, o padecimento, a autonomia e a compaixão foram também contempladas, utilizando-se, para tal, os referenciais teóricos da bioética da proteção. Propõe-se, ao final, que a eutanásia **seja** moralmente defensável nas circunstâncias em que se está diante de um sujeito em plena vivência de sua (1) finitude, em um contexto de (2) profundo sofrimento, o qual, estribado em sua (3) autonomia, decide morrer, necessitando, nestes termos, da proteção de um outro — capaz de garantir sua autodeterminação —, o qual, ao lhe conduzir à boa morte, realiza um genuíno ato de (4) compaixão.

Palavras-Chave

Bioética; eutanásia; finitude; autonomia; proteção; compaixão.

Abstract

Siqueira Batista, Rodrigo; Schramm, Fermin Roland. **On the Acheron River Banks: finitude, autonomy, protection and compassion in the bioethic debate on euthanasia.** Rio de Janeiro, 2006. 124 p. Doctorate Thesis – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

Euthanasia, or the *good death*, is one of the central subject matters in contemporary bioethics, being of great relevance for Public Health issues in the context of (1) population ageing, (2) increasing therapeutic resources in medicine and (3) the finitude of means to answer ever growing health demands — the third resulting mainly from a composition of (1) and (2). Despite the significant current discussions on euthanasia, the theme remains taboo in several societies — as is the case of Brazil — thus requiring a more appropriate conceptual approach, in terms both of semantic precision and argumentation.

This work intends to systematically investigate the main aspects involved in the moral debate about the *good death*, by means of a theoretical review of the pertinent philosophical and bioethical literature. Research results have been organized in five articulated articles.

Starting with a brief comment on the historical antecedents concerning euthanasia, the text then proceeds to delimitate the concept — confronting it with other definitions akin to the bioethics of the end of life, like assisted suicide, medical futility, “orthothanasia” and “misthanasia” —, to further present the main arguments pro and against the procedure and discuss the use of the concept of death in the moral debate on Euthanasia. Moreover, questions such as *knowing oneself mortal*, *suffering*, *autonomy* and *compassion* are also discussed, within bioethics of protection conceptual frame. Finally, euthanasia is proposed to be morally defensible in these circumstances when one faces a subject in full experience of his (1) finitude, in a context of (2) profound suffering, who, based on his autonomy, decides to die, needing in these terms the protection of an other — able to guarantee his self-determination — that other who, while conducting him to the *good death* performs a genuine act of (4) compassion.

Keywords

Bioethics; euthanasia; finitude; autonomy; protection; compassion.

Sumário

Resumo

Abstract

1. Introdução

2. Hipóteses

3. Objetivos

4. Resultados

4.1. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia

4.2. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia

4.3. A eutanásia e os paradoxos da autonomia

4.4. Eutanásia e compaixão

4.5. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia

5. Discussão

6. Conclusão

7. Referências bibliográficas

8. Anexos

Não atravessem teus pés as magníficas correntes dos rios eternos; antes, com os olhos cravados em seu curso, faz uma prece e lava tuas mãos nas águas frescas e límpidas. Quem atravessa um rio antes de purificar as mãos e lavar a consciência, atrai sobre si a cólera dos deuses, que, em seguida, o castigarão.

Hesíodo, *Os Trabalhos e os Dias*, 737-741

1. INTRODUÇÃO

A pergunta *O que é o homem?*, questão síntese da filosofia segundo Immanuel Kant (1993), vem sendo reatualizada sob diferentes prismas, ao longo da História do Pensamento Ocidental. Neste panorama, é possível que sua mais recorrente e essencial formulação se refira à perspectiva da finitude — provavelmente por ser, esta, uma das condições essenciais para o aparecimento e a ressonância do pensamento filosófico —, dos pré-socráticos ao século XX (Delacampagne, 1997; Platão, 1979; Snell, 2001; Vernant, 2000). De fato, *se-saber-mortal* é uma característica genuinamente humana (Dastur, 2002), capaz de diferenciar deuses e homens (Siqueira-Batista, 2003), os primeiros entregues à eternidade do Olimpo e estes últimos à efemeridade de suas próprias vidas, inexoravelmente destinadas ao passamento.

A finitude, uma das questões que compõem o Espírito helênico — afinal, a *filosofia* implica também aprender a morrer (Platão, 1979; Siqueira-Batista & Schramm, 2004a), e a *tragédia* impõe uma visão da crueza e da efemeridade da vida (Nietzsche, 1998), somente para citar dois exemplos —, mantém sua característica, nos tempos atuais, de chamar o homem à responsabilidade de meditar sobre sua inserção no mundo (Morin, 1997; Schramm, 2002a).

Nestes termos, ao pensar, hoje, sua condição, o homem não pode deixar de se deparar com as modalidades do morrer, as quais se modificaram substancialmente ao longo do tempo, ganhando contornos muito próprios no século XX. De fato, se a morte foi, outrora, um evento “social” — ocorrendo em casa, junto à família e aos amigos, representando o descerrar das cortinas da existência (Ariès, 1981) —, nos últimos 60 anos assistiu-se uma acentuada “medicalização do morrer” — consequência da rápida incorporação técnico-científica no *saber-fazer* da medicina —, com os óbitos passando a acontecer no interior dos hospitais, mormente nas unidades de terapia intensiva, muitas vezes em situações de marcante solidão e angústia. Ademais, (1) as modificações no perfil etário das sociedades ocidentais desenvolvidas e em desenvolvimento, caracterizado por um marcante envelhecimento das populações — uma genuína questão de saúde pública (Lachs, 1994) —, favorecendo a ocorrência de enfermidades crônico-degenerativas, associadas a (2) “quase” ilimitadas possibilidades de manutenção dos sistemas vivos em funcionamento e à (3) exigüidade das reflexões elaboradas por

profissionais formados e formandos em relação aos limites da medicina e aos aspectos éticos da relação médico-paciente (Costa & Siqueira-Batista, 2004; Rego, 2003; Rego *et al*, 2004), têm permitido a ocorrência de situações limítrofes no binômio *vida-morte*, as quais colocam em pauta questões como a *obstinação terapêutica* (Ribeiro, 2002; Siqueira-Batista & Schramm, 2004a), a *distanásia* (Pessini, 2001), o *transplante de órgãos* (Hershenov, 2003; Schramm, 2002b), os *cuidados paliativos* (Floriani, 2005) e a *eutanásia* (Comby & Filbet, 2005; Schramm, 2001; Seale, 2006; Truog, 2006), mote do presente estudo.

A *eutanásia, boa morte*, tem sido um termo sujeito a incorreções semânticas, o que tem provocado grandes dificuldades nos aspectos relativos ao seu debate moral. Em um das conceituações mais atuais, a eutanásia é caracterizada como

O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a *fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos* que o assaltam.

[Lepargneur, 1999; grifo nosso]

De outro modo, a eutanásia pode também ser entendida como *a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento*. É interessante pontuar que, em uma e outra caracterização, sobressai a perspectiva de aliviar um sofrimento insuportável, colocando fim a uma existência considerada “inútil”, do ponto de vista de seu titular, desde que este seja capaz de exercer sua decisão autônoma.

A despeito de sua preeminência nas sociedades contemporâneas, práticas de pôr fim à existência daqueles que se consideravam, ou eram considerados, com uma *vida sem valor para ser vivida*, são muito antigas, embora não contemplassem ainda o ponto de vista individual, que é uma conquista mais tardia e somente tornada possível com a emergência do universalismo cristão e, mais exatamente, com o individualismo moderno. Com efeito, em período anterior à Era Cristã, povos como os celtas, os indianos e os incas indicavam — e praticavam — a morte de idosos, enfermos incuráveis e crianças malformadas, de modo a “aliviar” o peso dessas existências sobre as sociedades e, indiretamente, sobre os próprios inaptos, estabelecendo-se, neste último aspecto, uma perspectiva de “fim piedoso” (Admiral, 1996). Na Bíblia (1994) — segundo livro de Samuel — há uma situação que parece evocar uma *morte misericordiosa*, o passamento de Saul:

“Que aconteceu? Perguntou Davi. Conta-me!” Ele respondeu: “As tropas fugiram do campo de batalha, e muitos homens do exército tombaram. Saul também, e seu filho Jônatas, pereceram!” — “Como sabes, perguntou Davi ao mensageiro, que Saul e seu filho Jônatas morreram?” O mensageiro respondeu: “Achava-me no monte de Gelboé, quando vi Saul *atirar-se sobre a própria lança*, enquanto era perseguido pelos carros e cavaleiros. Ora, voltando-se, viu-me e chamou-me. Eu disse: eis-me aqui. — Quem és tu? disse ele. — Eu sou um amalecita, respondi. — Aproxima-te, continuou ele, e mata-me porque estou tomado de vertigem, se bem que ainda esteja com toda a minha alma em mim. Aproximei-me, pois, e matei-o, pois via que ele não poderia sobreviver depois da derrota”.

[II Samuel 1, 4-10; grifo nosso]

Nesta situação, o auxílio “piedoso” ao morrer parece ter sido bem tolerado. No âmbito do Espírito helênico a questão ganha novos contornos. Acostumados ao pleno exercício do *lógos* — como na dialética e na retórica —, os gregos dos períodos clássico e helenístico estabelecem um agudo debate sobre a pertinência de se declinar em viver, como consequência de um sofrimento intolerável. Por exemplo, Pitágoras, Aristóteles e, especialmente, Hipócrates, criticavam, por um lado, a abreviação da vida, qualquer que fosse o motivo (Diógenes Laércio, 1977; Jaeger, 1995; Kirk *et al*, 1994; Luce, 1994; Engelhardt, 2002), de tal sorte que no *Juramento*, o texto mais conhecido e influente da tradição hipocrática, o médico de Cós é categórico ao afirmar que:

Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei, se me for solicitado, remédio mortal ou conselho que induza a perda.

[Hipócrates, 1992: 91]

Aos médicos, sob o véu desta tradição, torna-se, assim, vedada qualquer possibilidade de acelerar o processo de morrer, independente do motivo — ainda que por clemência. De forma distinta, Sócrates, Platão, Epicuro e os estóicos alinhavam-se em torno dos que defendiam a morte como forma de alívio para os padecimentos do corpo e da alma (Diógenes Laércio, 1977; Epicuro, 1994, Gazolla, 1999; Kirk *et al*, 1994; Luce, 1994; Platão, 1987; Platão, 2000; Siqueira-Batista & Schramm, 2004b), tal qual o apresentado no Livro III de *A República* e em uma das cartas de Sêneca a Lucílio:

— Portanto, estabelecerás na cidade médicos e juízes da espécie que dissemos, que hão de tratar, dentre os cidadãos, os que forem bem constituídos de corpo e de alma, deixarão morrer os que fisicamente não estiverem nessas condições, e mandarão matar os que forem mal conformados e incuráveis espiritualmente?

— Parece-me que é o melhor, quer para os próprios pacientes quer para a cidade.

[Platão, 1987: passo 410]

Vê o caso de Túlio Marcelino, que tão bem conheceste, moço sossegado e precocemente envelhecido que, acometido de doença certamente não incurável, mas longa e molesta, e cheia de exigências, começou a pensar se deveria pôr fim a própria vida. Convocou muitos amigos. [...] um amigo nosso, estóico, varão egrégio e, para louvã-lo com os qualificativos que merece, forte e corajoso, fez-lhe, a meu ver, a melhor exortação: Não te tortures, Marcelino, como se deliberasse sobre assunto de grande importância. Não é grande coisa o viver; vivem todos os teus escravos, vivem todos os animais; o verdadeiramente grande é morrer nobremente, sabiamente, fortemente. Pensa há quanto tempo vens fazendo o mesmo: comer, dormir, fornicar — a vida resume-se a este círculo. Querer morrer, não o pode somente o sábio, o forte ou o infeliz, mas também o entediado.

[Sêneca, 2002: 92-93]

Tanto o filósofo heleno quanto o latino defendem que a morte pode representar a absolvição do sofrimento, na medida em que promove a resolução da dor. Ademais, foi especificamente nesta “confluência greco-latina”, que nasceu o termo *eutanásia*. A palavra grega, traduzível como *boa morte* (**ευ** = adv. bem // regular, justamente // com bondade, com benevolência // felizmente; **θάνατος** = morte), foi inicialmente utilizada por um historiador romano, Suetônio, no século II d.C., para descrever a morte “suave” do imperador Augusto, aos 76 anos de idade:

A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morreria rápido e sem dor, desejava para si e para os seus igual *eutanásia* (conforme a palavra que costumava empregar).

[Suetônio, 2002: 178]

Tal era a morte ideal para o homem antigo deste período — obviamente, não se pode olvidar o anseio pela morte gloriosa em um campo de batalha, como o cantado por Homero na *Ilíada* (Homero, 1994) —, o qual se manteve, de algum modo, no período medieval cristão — consubstanciado no desejo por um passamento lento e tranqüilo (Ariès, 1981), facultando a despedida dos amigos e familiares, e no temor do óbito súbito: *ab improvisa morte libera nos, Domine — Da morte imprevista livra-nos, Senhor!* Entretanto, este ideário encontra-se já imbricado aos genuínos elementos do Cristianismo. Assim, se por um lado o amor ao próximo — *caritas* — pressupõe um agir misericordioso, por outro, o tácito mandamento — *não matarás!* — impede peremptoriamente a eutanásia. Ademais, reconhece-se o suplício como construtivo, uma vez que o homem enfermo pode se aperfeiçoar em suas virtudes — sabedoria, coragem, humildade, igualdade, fé, amor e esperança, tendo como inspiração o próprio Cristo na cruz — na caminhada em direção à ressurreição e à vida eterna (Santo Agostinho, 2000).

“Esvaziadas” na Idade Média, as idéias acerca da eutanásia recorrem no período moderno. Thomas Morus, em sua *A Utopia* (1516), defende o “suicídio assistido” (não é utilizada a palavra *eutanásia*) (Morus, 2000). De forma similar, Francis Bacon, em 1623, retoma o termo *eutanásia* em suas obras *Historia Vitae et Mortis* e *De Dignitate et Augmentis Scientiarum*, com o sentido de “tratamento adequado às doenças incuráveis” (Bacon, 1963; Jiménez de Asúa, 1942). Sobressai como requisito primevo para esta modalidade do morrer, em ambos os pensadores, a espontaneidade e a livre vontade, por parte daquele que se esvai, em optar pela abreviação do passamento (Engelhardt, 2002), no que há concordância com a filosofia de David Hume, em seu *Essays on Suicide and the Immortality of the Soul*, ao ponderar que o homem tem o direito de dispor de sua própria existência, decidindo o melhor modo de viver e morrer (Hume, 1992).

Entre os séculos XVII e XIX, autores como o teólogo Johann Valentin Andreae (1619) e os médicos Christoph W. Hufeland (1836) e Maximilien I. Simon (1845) atacaram a idéia de “morte misericordiosa”, evocando a necessidade de que os enfermos não fossem negligenciados, mas, outrossim, amparados em suas dores e incertezas, sem que isto significasse necessariamente pôr termo à vida (Engelhardt, 2002). De modo distinto, o ensaísta Samuel D. Williams publica, em 1873, um polêmico artigo no qual defende a eutanásia, reconhecendo que ao médico cabe respeitar o desejo de morrer de um enfermo sob sofrimento insuportável, ministrando clorofórmio ou outro anestésico capaz de *extinguir sua consciência* (Engelhardt, 2002).

O desvio que transformou a eutanásia, desvirtuando-a, em política pública ocorreu no século XX, precisamente com o aparecimento do *Terceiro Reich*. Em outubro de 1939, o Estado Nazista promulgou a *Aktion T 4*, um programa financiado pelo governo que visava a eliminação de *vidas que não valiam a pena ser vividas* (*lebensunwerte Leben*). A execução só se justificava em atenção ao parecer de três médicos, desde que houvesse unanimidade. Em um primeiro momento, “apenas” as crianças — recém-nascidos, lactentes e pré-escolares — se tornaram “alvos” desta diretriz, cabendo aos médicos, às enfermeiras e às parteiras o *dever* de notificar à autoridade sanitária o nascimento de infantes “mal-formados” e/ou possuidores de outras limitações. Todavia, a “higienização social” foi rapidamente estendida para adultos e idosos, mormente os portadores de desordens mentais (epilepsia,

esquizofrenia, psicoses de outra natureza), incapacidades físicas e, ato contínuo, a criminosos e indivíduos não possuidores de cidadania alemã — ciganos, negros e judeus (Alexander, 1949). Nos anos de funcionamento da *Aktion T 4*, extinta em agosto de 1943, foram mortas aproximadamente 100.000 pessoas, o que acabou por cristalizar uma conotação marcadamente negativa em relação à eutanásia, sensibilizando a opinião pública mundial contra qualquer tipo desta prática.

Seguiu-se, no pós-guerra, um período de profundo mal-estar na cultura ocidental, em decorrência da sensação de desamparo imputada pelos horrores do conflito (Pecoraro, 2002) — bem como pela desesperança em relação à recorrência da barbárie e à possibilidade de um novo holocausto —, no qual a reminiscência da prática sistemática de extermínio — erradamente denominado “eutanásia” — de triste memória, trazia uma repulsa quase incontornável. Sem embargo, o reconhecimento de que o programa nazista de “eutanásia” não era, em absoluto, uma autêntica *eutanásia*, isto é uma *Gnadentod*, ou “morte piedosa” — afinal, não se destinava a prover uma boa morte para seres humanos que levavam uma vida infeliz (Singer, 2002) —, associado a uma série de eventos intimamente relacionados, nos anos subseqüentes, acabaram por proporcionar uma revisão dos debates sobre a eutanásia. Os fatores, que contribuíram para esta retomada das discussões, incluem:

(1) modificações nas coordenadas sociais, especialmente nas décadas de 60 e 70, com a retomada do debate ético e filosófico dirigido às questões de âmbito prático, no bojo do qual se deu o “nascimento” da *bioética* (Almeida & Schramm, 1999; Mori, 1994; Schramm, 1994);

(2) as indagações levantadas pela *tecnociência*, especialmente no que diz respeito aos avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da *sobrevida*, capazes de sustentar enfermos com condições de extrema gravidade — por vezes, inequivocamente fatais — e sem qualquer perspectiva de recuperação;

(3) a ocorrência de várias “situações clínicas” que levantaram incontornáveis questões sobre a moralidade da eutanásia e do suicídio assistido, como nos casos Karen Ann Quinlan (1975-1976), Spring (1977-1980), Diane-Quill (1996), Ramón Sampredo (1998), Jack Kevorkian — o “doutor morte” — (década de 90), somente para mencionar os mais notórios (Beauchamp & Childress, 2002; Goldim, 2003; Mccarrick, 1992; Quill, 1991);

(4) o progressivo envelhecimento da população — tal qual o observado, inclusive, no Brasil — permitindo que um maior número de pessoas cheguem à senectude, tornando-se mais suscetíveis às moléstias crônicas e degenerativas — como os cânceres, as doenças cardiovasculares, e outras — e, por conseguinte, a um *processo de morrer* mais “prolongado” e sujeito ao sofrimento, com sérias implicações relativas à alocação de recursos em *saúde pública* (Lachs, 1994; Schramm, 2000; Siqueira-Batista & Schramm, 2004c);

(5) a aprovação de leis autorizando a eutanásia e/ou o suicídio assistido em vários países do mundo, como na Austrália (de julho de 1996 a março de 1997), na Holanda (abril de 2001), na Suíça e na Bélgica (maio de 2002) (Chocron Maia, 2005; Engelhardt, 2002; Sá, 2001; Sohn & Zenz, 2001).

(6) a emergência de uma nova disciplina, no início dos anos 70, a *bioética* (Potter, 1970; Potter, 1971; Schramm, 1997) — compreendida como o saber que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma irreversível, os processos, também irreversíveis, dos sistemas vivos (Kottow, 1995) —, a qual vem sendo redimensionada, nos últimos cinco anos, inclusive como *bioética da proteção* (Schramm & Kottow, 2001; Arreguy & Schramm, 2005), nos seguintes termos:

A bioética da proteção é uma ética aplicada que se refere às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e socioculturais, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais.

[Schramm, 2005]

Embora estes seis aspectos venham, em princípio, possibilitando um fecundo campo para o debate moral acerca da eutanásia, uma série de imprecisões conceituais

tem dificultado um maior entendimento dialógico, gerando dissonâncias e falsos problemas em torno do assunto. Ademais, é necessário que se investigue adequadamente os pontos importantes envolvidos na decisão por uma *boa morte*, a saber (1) o binômio morte/finitude, (2) a questão do sofrimento, (3) o princípio de autonomia e (4) o conceito de compaixão laica, facultando sua adequada caracterização, com a compreensão de seu alcance e de suas limitações, tomando como referencial as ferramentas teóricas disponibilizadas pela *bioética da proteção* de Schramm & Kottow (2001).

Tomando em alta conta estes aspectos, pode-se supor que se alcance uma maior clareza acerca dos termos implicados nas indagações, facilitando a argumentação bioética em torno da eutanásia.

2. HIPÓPTESSES

Baseado nas considerações introdutórias, foram eleitas como principais hipóteses de trabalho as seguintes:

(1) a definição (científica) de morte não é capaz de fundamentar, por si mesma, uma discussão bioética sobre a eutanásia, havendo primazia, neste contexto, para o conceito (filosófico) de *finitude*;

(2) um dos principais aspectos que devem ser levados em conta no debate moral acerca da eutanásia é a questão do *sofrimento*;

(3) o *princípio da autonomia* é capaz de trazer elementos bastante sólidos para a argumentação em torno da eutanásia, apesar de albergar uma série de problemas que necessitarão ser cuidadosamente discutidos;

(4) a *compaixão laica*, elemento importante da *bioética da proteção*, tem um lugar de destaque nas controvérsias morais sobre a eutanásia.

3. OBJETIVOS

O *objetivo geral* da tese de doutorado será embasar a discussão ética acerca da eutanásia. A investigação proposta será pautada para o alcance dos *objetivos específicos* discriminados em seis instâncias complementares:

(1) delimitar o conceito de eutanásia de forma mais rigorosa possível, confrontando-o com os demais conceitos relativos à bioética do fim da vida;

(2) apresentar os principais aspectos da argumentação ética, pró e contra, relativos à eutanásia;

(3) desconstruir a idéia de que a definição de morte é capaz de sustentar as discussões morais sobre a eutanásia, propondo que tal lugar deva ser ocupado pelo princípio da autonomia;

(4) discutir os aspectos histórico-conceituais e os problemas relativos ao princípio da autonomia, expondo seus paradoxos e suas limitações para as discussões bioéticas sobre a eutanásia;

(5) apresentar os aspectos relativos à finitude e ao sofrimento, demarcando sua importância nos debates sobre a eutanásia;

(6) propor o conceito de compaixão laica, inscrito no referencial teórico da bioética da proteção, como elemento crucial para a adequada abordagem das questões morais relativas à eutanásia.

4. MÉTODO

O presente estudo foi planejado e desenvolvido como uma investigação teórica, voltada para o tratamento dos seguintes conceitos: *eutanásia*, *morte*, *finitude*, *autonomia*, *sofrimento* e *proteção/compaixão*. O caminho escolhido constou dos seguintes passos:

(1) execução de extensa revisão da literatura sobre os conceitos abordados, visando um melhor entendimento dos aspectos envolvidos na questão;

(2) análise crítica destes conceitos, expondo alguns dos seus problemas teóricos;

(3) construção, quando julgado pertinente, de novo conceito — sempre em articulação com debate bioético sobre o fim da vida —, tendo como referencial teórico a concepção de Gilles Deleuze e Guattari acerca do *que é a filosofia* (Deleuze & Guattari, 1998).

5. RESULTADOS

Os resultados da investigação teórica realizada foram organizados, para publicação e apresentação da tese, em cinco artigos (três já publicados e dois em tramitação), submetidos à seguinte ordenação:

(1) Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1):111-119.

(2) Siqueira-Batista R & Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1):31-41.

(3) Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005 (submetido).

(4) Siqueira-Batista R. Eutanásia e compaixão. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2004; 50(4): 334-340.

(5) Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 (submetido).

Os artigos acima listados compõem o corpo da tese, a partir de um encadeamento próprio, nos seguintes termos:

Artigo 1 – ou *O estado da arte*: delimitação teórica do conceito de eutanásia — confrontando-o com outras definições atinentes à bioética do fim da vida — e apresentação dos principais argumentos em torno de sua moralidade; ademais, neste primeiro ensaio já se propõe a integração da compaixão ao debate;

Artigo 2 – ou *sobre a Lei de Hume*: desconstrução da idéia de que o conceito (científico) de morte é suficiente para a discussão moral sobre a eutanásia, propondo-se a autonomia como princípio mais importante em tal seara; sem embargo, já são apontados os problemas deste último conceito, a autonomia;

Artigo 3 – ou *sobre a autonomia como ficção*: apresentação das origens do conceito de autonomia — típico produto da cultura ocidental — e comentário sobre sua pertinência para as discussões morais acerca da eutanásia (temática para a qual se propõe uma “nova” definição); ambos são, em verdade, momentos preparatórios para uma contumaz discussão dos paradoxos que se configuram quando da análise minuciosa deste conceito;

Artigo 4 – ou *sobre a eutanásia como libertação*: exposição das dimensões do sofrimento e da finitude atinentes às controvérsias morais acerca da eutanásia; primeira formulação da relevância da compaixão, inscrita na bioética da proteção, para o debate em curso;

Artigo 5 – ou *sobre a acolhida*: apresentação, sucinta, da bioética da proteção e de sua importância nas discussões sobre a eutanásia, propondo-se como um das características significativas para seus referenciais teóricos o conceito de *compaixão laica* — distinguível da Compaixão das Tradições Sagradas —, o qual é apresentado e discutido em relação às possíveis críticas que possam ser-lhe dirigidas.

A seguir, apresenta-se a versão integral dos artigos.

ARTIGO 1

Siqueira-Batista R, Schramm FR.

Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da
eutanásia.

Cadernos de Saúde Pública 2005; 21(1):111-119.

CONVERSAÇÕES SOBRE A “BOA MORTE”: O Debate Bioético acerca da Eutanásia

*Conversations on the “good death”:
the bioethical debate on euthanasia*

Rodrigo Siqueira-Batista¹, Fermin Roland Schramm²

Trabalho realizado no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde (NEFISA), Fundação Educacional Serra dos Órgãos e no Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

¹ Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO); Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (DCS-ENSP-FIOCRUZ); Comissão de Bioética, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). *Correspondência*: Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde (NEFISA) – FESO; Avenida Alberto Torres, 111 – Alto. 25964-000 – Teresópolis – RJ; E-mail: anaximandro@hotmail.com

² Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (DCS-ENSP-FIOCRUZ); Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da Saúde – Brasil. *Correspondência*: Departamento de Ciências Sociais – ENSP – FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 9º andar. CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ. E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

RESUMO

A despeito das grandes discussões hodiernas sobre a eutanásia, permanecem ainda muitos pontos em aberto, aparentemente insolúveis, aguardando que um melhor tratamento conceitual seja desenvolvido. Neste âmbito podem ser incluídos os *preconceitos e fundamentalismos* em relação ao tema — a eutanásia ainda é vista como tabu em boa parte da sociedade, especificamente no caso do Brasil —, as imprecisões semânticas do vocábulo e as acérrimas tensões argumentativas em torno do tema — levando-se em consideração os princípios da sacralidade da vida, da qualidade de vida e da autonomia e o argumento da assim chamada “ladeira escorregadia” ou *slippery slope*. Compor o horizonte de indagação acerca da eutanásia, partindo dos antecedentes históricos em direção a um melhor equacionamento do problema — e delimitação de perspectivas vindouras necessárias a sua melhor compreensão — é, pois, o objetivo do presente ensaio.

PALAVRAS-CHAVES: eutanásia, bioética, autonomia, compaixão.

ABSTRACT

Despite the recent strong arguments about euthanasia, many pending points still remain, apparently insoluble, waiting for a better conceptual treatment to be developed. In this ambit the prejudices and fundamentalisms regarding the theme can be included — euthanasia is still seen as a taboo by great part of the society, being particularly the case in Brazil — the word semantic imprecision and the violent argumentative tensions about the theme — taking into account the principles of life sacredness, quality of life, the autonomy and the argument of the so called “slippery slope”. Composing the inquiring horizon about euthanasia, from the historical antecedents towards a better equation of the problem — and the delimitation of future perspectives necessary to its better understanding — are therefore the aims of the present essay.

KEY-WORDS: euthanasia, bioethics, autonomy, compassion.

INTRODUÇÃO

Naqueles dias os homens buscarão a morte, e de modo algum a acharão; e desejarão morrer, e a morte fugirá deles.

(Apocalipse 9,6)

A bioética, enquanto disciplina que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoieticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos,¹ vem se debruçando, em particular, sobre um amplo leque de problemas relativos ao *processo vida-morte*. Neste horizonte se inscrevem as questões do nascer e do morrer, consideradas *naturais* até meados do século passado, as quais sofreram uma decisiva modificação nos últimos 50 anos, inscrita *mutatis mutandis* na própria tensão arcaica entre φύσις (*phýsis*) e τέχνη (*téchne*) — colocada pelos pensadores gregos — e retomada, sucessivamente, na tradição filosófica do Ocidente,^{2,3} reinterpretando-a à luz dos novos desafios instados pelas profundas transformações ocorridas historicamente neste processo. Assim, já não se pode mais falar impunemente, quando nos referirmos aos processos do viver e do morrer, de uma *natureza em si* — conceito de fato bastante esvaziado desde a clara distinção kantiana entre *númeno* e *fenômeno*⁴ — sendo mais apropriado falar de uma condição do *Homo sapiens* definível por uma dupla dimensão: *bioecológica* — ou “primeira natureza”, propriamente natural — e *técnico-lingüística* — ou “segunda natureza”, engendrada no plano simbólico — as quais interagem e se condicionam fluida e mutuamente.⁵

Em particular, na interseção e na dialética entre estas duas *naturezas*, antecipadas pelos termos gregos *phýsis* e *téchne*, se define boa parte do debate contemporâneo sobre o processo de morrer. Assim, pois, não cabe tão somente se interrogar sobre a morte enquanto tal — em última análise, um problema de ordem científica, com implicações próprias, como nas decisões acerca dos transplantes de órgãos^{6,7} —, devendo, outrossim, desviar o âmago do movimento — o turbilhão a partir do qual floresce o passamento —, para sua mais lídima tessitura, de ordem existencial e filosófica: a finitude,^{8,9} o que estabelece uma *atitude* a ser situada em um lugar algo afim às formulações deleuzianas:

[...] a filosofia acreditava ter acabado com o problema das origens. Não se tratava mais de partir nem de chegar. A questão era antes: **o que se passa**

“entre”? E é exatamente a mesma coisa para os movimentos físicos. [Deleuze, 1992: 151, grifo nosso]¹⁰

Tal é o primeiro recorte relevante: o que realmente importa é o *que se passa entre* o estar vivo e o estar morto, isto é, de como *conceber o viver* e, mais ainda, dos problemas éticos, e especificamente *bio-éticos*, que se colocam nesta *passagem* entre a vida e a morte — os quais se acham completamente imbricados em conceitos como sofrimento e qualidade (ou precariedade) de vida¹¹ —, mormente se entram em cena os referenciais delineados pela *tecnociência*. Dentre as várias questões cruciais que se inserem neste panorama mais amplo da bioética do fim da vida — ou da finitude —, está a *eutanásia*, *práxis* que vem sendo entendida, desde a Antigüidade,¹² em seu sentido literal: *boa morte* (**ευ** = adv. bem // regular, justamente // com bondade, com benevolência // felizmente; **θάνατος** = morte), ou seja, um passamento sem dor e sem sofrimento.¹³ O desvio que transformou, e desvirtuou, a eutanásia em política pública ocorreu no século XX — acabando por cristalizar uma conotação marcadamente negativa —, por ocasião do *Terceiro Reich*, quando a palavra eutanásia foi, de fato, utilizada para referir-se a práticas que, não tinham nada a ver com a *morte sem sofrimento*, devendo-se, a rigor utilizar seu antônimo para indicar tais práticas. Com efeito, em outubro de 1939, o Estado Nazista promulgou a *Aktion T 4* — um programa financiado pelo governo que visava a eliminação de *vidas que não valiam a pena ser vividas* (*lebensunwerte Leben*) — que levou a morte mais de 100.000 pessoas — ciganos, negros e judeus — nos seus quase dois anos de funcionamento, antes de ser extinta em agosto de 1943.¹⁴

No período de profundo mal-estar do imediato pós-guerra — em decorrência da sensação de desamparo imputada pelos horrores do conflito e da desesperança em relação à recorrência da barbárie —, manifestou-se uma grande repulsa pelo tema da eutanásia, num claro fenômeno de recalque. Entretanto, o reconhecimento de que o programa nazista de “eutanásia” não era, em absoluto, uma autêntica *eutanásia*, isto é uma *Gnadenod*, ou “morte piedosa” — afinal, não se destinava a prover uma boa morte para seres humanos que levavam uma vida infeliz¹⁵ —, acabou por proporcionar uma retomada das discussões em torno do tema, alavancada por uma nova conjuntura marcada por substanciais transformações:

(1) modificações nas coordenadas sociais, especialmente nas décadas de 60 e 70, com a retomada do debate ético e filosófico dirigido às questões de âmbito prático, no bojo do qual se deu o “nascimento” da *bioética*;^{16,17}

(2) as indagações relacionadas aos avanços das técnicas de manutenção da vida e prolongamento da *sobrevida*, capazes de sustentar enfermos com condições de extrema gravidade — por vezes, inequivocamente fatais — mesmo sem qualquer perspectiva de recuperação;⁵

(3) a ocorrência de várias “situações clínicas” que levantaram incontornáveis questões sobre a moralidade da eutanásia e do suicídio assistido — casos Karen Ann Quinlan (1975-1976), Spring (1977-1980), Diane-Quill (1996), Ramón San Pedro (1998), Jack Kevorkian, o “doutor morte” (anos 90), e Vincent Humbert (2003)¹⁸ — somente para mencionar as mais notórias;¹⁸⁻²²

(4) o progressivo envelhecimento populacional — como observado no Brasil — permitindo que um maior número de pessoas cheguem à senectude, tornando-se mais suscetíveis às moléstias crônicas e degenerativas, e, por conseguinte, a um *processo de morrer* mais “prolongado” e sujeito ao padecimento, com sérias implicações relativas à alocação de recursos em *saúde pública*;^{9,23,24}

(5) a aprovação de leis autorizando a eutanásia em vários países do mundo, como na Austrália (de julho de 1996 a março de 1997), na Holanda (abril de 2001), na Suíça e na Bélgica (maio de 2002).^{25,26}

Ainda que a eutanásia venha merecendo grande atenção na comunidade mundial, o debate está muito longe do desejável na sociedade brasileira. Pelo fato de ser ainda considerada crime no Brasil — como o disposto no artigo 121 do Código Penal^{27,28} — tem sido mantido um nefasto *pacto de silêncio* nas unidades de assistência à saúde, nas quais a decisão por interromper — ou não — a terapêutica acaba por ser tomada às escuras, por profissionais habitualmente sem qualquer preparação para isto e, pior, muitas vezes à revelia dos familiares e do próprio enfermo.²⁹⁻³¹ Discutir e ponderar sobre a moralidade da eutanásia, demarcando-se adequadamente os conceitos e enfocando-se os argumentos favoráveis e contrários à sua realização, torna-se premissa crucial para um mais amplo exercício da cidadania — ao menos nas sociedades laicas e plurais contemporâneas —, bem como para a formação e atuação laboral em saúde.

Deste modo, delimitar o *estado atual da arte* em relação ao debate bioético da eutanásia é, assim, o escopo do presente artigo.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS: EM BUSCA DE RIGOR

A delimitação lexical dos termos referentes à bioética do fim da vida está longe de ser ideal. Em verdade, há uma grande polissemia do vocábulo *eutanásia*, gerando inúmeros equívocos, o que se explica, em grande medida, pela própria “biografia” da palavra — longa, conflituosa e sujeita a gigantescas variações culturais.^{32,33} Em consequência da herança nazista anteriormente comentada, não é incomum o uso antifrástico da palavra eutanásia, atrelando-a a idéias como homicídio, suicídio influenciado ou genocídio, o que, em última análise, indica a pouca clareza e isenção para discuti-la, o que também engendra, não raramente, posicionamentos passionais, categóricos e dogmáticos.^{26,33}

Retomando as origens filológicas, Emile Littré definiu a eutanásia como “*boa morte, morte suave e sem sofrimento*”.³⁴ Em termos mais contemporâneos, tratar-se-ia de uma antecipação voluntária do passamento, imbuída por um *télos* humanitário — sobretudo para a pessoa, mas também para a coletividade à qual pertence o moribundo — dirigido à suspensão de um sofrimento insuportável. Com base nesta colocação, pode-se estabelecer que a eutanásia seria melhor entendida como:

O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a *fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos* que o assaltam. [Lepargneur, 1999: 43, grifo nosso]³³

Deste modo, o âmago de um conceito como aquele de *eutanásia* deverá pressupor, necessariamente, a interrupção do processo de morrer — uma vez que o detentor da existência estará no curso de uma moléstia incurável, à luz dos conhecimentos médicos de um dado tempo — eximindo o moribundo de atravessar um martírio de dor e desespero, o que caracterizaria, de um modo ou de outro, uma existência *prima facie* sem sentido e considerada inútil, pelo menos para quem não está disposto a fazer do “calvário” um meio para dar sentido a sua vida.

Outro ponto da maior relevância é destacar a existência de uma série de situações distintas agrupadas sob o conceito genérico de eutanásia. Tal situação implica a necessidade de se distinguir as diferentes idéias e práticas metaforizadas pelo vocábulo em questão, o que tem sido um dos grandes esforços nas discussões

hodiernas.³³ Atualmente, as modalidades mais úteis para classificação da eutanásia basear-se-iam no *ato em si* e no *consentimento do enfermo*. Deste modo, têm-se:

(1) A distinção quanto ao ato:³⁵

- *Eutanásia ativa* – ato *deliberado* de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (por exemplo, utilizando uma injeção letal);

- *Eutanásia passiva* – quando a morte ocorre por *omissão* proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* (por exemplo, deixar de se iniciar aminas vasoativas no caso de choque não responsivo à reposição volêmica);

- *Eutanásia de duplo efeito* – nos casos em que a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando o êxito letal, mas, sim, o alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de morfina para controle da dor, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito).

(2) A distinção quanto ao consentimento do enfermo:³⁵

- *Eutanásia voluntária*, em resposta à *vontade* expressa do doente — o que seria um sinônimo do *suicídio assistido*;

- *Eutanásia involuntária*, quando o ato é realizado *contra* a vontade do enfermo, o que, em linhas gerais, pode ser igualado ao “homicídio”; todavia, a concepção de Helga Kuhse é algo distinta, caracterizando a eutanásia involuntária como aquela *que se pratica a uma pessoa que havia sido capaz de outorgar ou não o consentimento à sua própria morte, mas não o fez, seja por não ter sido solicitado, seja por ter rechaçado a solicitação, devido ao desejo de seguir vivendo*;³⁶

- *Eutanásia não voluntária*, quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade do paciente.

Do ponto de vista da bioética, podem ser construídos argumentos distintos para as diferentes categorias de eutanásia relativas ao *ato em si*, havendo aqueles que condenam peremptoriamente a *eutanásia ativa*, mas “aceitam” a *eutanásia passiva* — por exemplo, julgando legítimo que um enfermo que se negue a passar por medidas terapêuticas extraordinárias, ou seja, recuse a *distanásia*¹¹ — ou que, em decorrência de uma determinada modalidade terapêutica, acabe por sobrevir o óbito — no caso, *eutanásia de duplo efeito*.^{33,37} Todavia, no que se refere ao consentimento do enfermo,

há justificativa moral para a *eutanásia voluntária*^{15,38} e, eventualmente, para a *não voluntária*,³⁹ mas não para a *involuntária* — de fato um ato criminoso, na medida em que representa um desrespeito à vontade do paciente!

Para tornar mais diáfano o campo conceitual da bioética do *fim da vida*, são ainda pertinentes alguns comentários acerca da terminologia, no que se refere à conceituação do *suicídio assistido*, da *distanásia* e das assim chamadas *ortotanásia* e *mistanásia*.

O *suicídio assistido* ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer.^{40,41} Neste caso, o enfermo está, em princípio, sempre consciente — manifestando sua opção pela morte —, enquanto na *eutanásia* nem sempre o doente encontra-se cômico — por exemplo, na situação em que um paciente *terminal* e em coma está sendo mantido vivo por um ventilador mecânico, o qual é desligado, ocasionando a morte. Os casos mais conhecidos foram praticados pelo médico patologista estadunidense Jack Kevorkian, coadjuvante de vários suicídios assistidos, os quais levaram à sua condenação e prisão em seu país.

Contraposta à eutanásia e ao suicídio assistido têm-se a *distanásia* — também identificada *pars pro toto* com a denominada *obstinação terapêutica* — a qual têm como interfaces tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina — capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades para salvar grande número de vidas — quanto o arcaico desejo humano de superar a morte.^{9,42} Etimologicamente o termo *distanásia* contém a idéia de “dupla morte” (**δύς** = dificuldade, privação // **δυσθανής** = adjetivo: que morre duas vezes; no latim, *dis* dá idéia de separação e negação), tendo sido inicialmente proposto por Morache, em 1904. Atualmente é compreendida como manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam, de fato, a morte uma espécie de *hipermorte*.¹¹

Outro vocábulo que vem sendo utilizado por alguns autores é a *ortotanásia*, a qual pode ser demarcada como *a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais (distanásia) e sem abreviação do processo de morrer (eutanásia)*.^{32,43,44} A pergunta que fica, em relação ao termo *ortotanásia*, se dirige ao

significado deste *tempo certo para morrer*. Com efeito, quem poderia determiná-lo (a não ser talvez o próprio titular da vida em questão) considerando um contexto no qual há possibilidade quase inesgotável de se prolongar a vida? Em outros termos, haveria um verdadeiro limite entre a *eutanásia passiva* — não intervir e deixar de fato morrer — e a dita *ortotanásia* — deixar morrer no momento aparentemente certo? A distinção se mostra conceitualmente precária, por vezes impossível de ser estabelecida — afinal, não entubar um paciente com uma neoplasia em fase terminal, ou seja, negar-lhe a possibilidade de se manter vivo, seria deixar a morte chegar no *tempo certo* ou praticar de fato a eutanásia passiva? Ou, ainda mais, os dois termos seriam ao mesmo tempo semântica e pragmaticamente sinônimos, isto é equivalentes do ponto do sentido e daquele das práticas surtindo o mesmo tipo de efeito? Por conta destas inconsistências, torna-se pouco útil empregar a expressão *ortotanásia* no debate bioético sobre a finitude, na medida em que traz mais problemas do que soluções.

A palavra *mistanásia*, por sua vez, vem sendo proposta com o sentido de *morte miserável e dolorosa fora e antes do seu tempo*, incluindo (1) a falta de acesso às condições mínimas de vida; (2) a omissão de socorro à multidão de doentes à margem dos sistemas de saúde mundo afora; (3) as conseqüências dos diferentes tipos de erros médicos e (4) as práticas de eliminação dos indesejados, como o ocorrido no período do *Terceiro Reich*.⁴³ O grande leque de circunstâncias alcunhadas como *mistanásia*, a eventual sobreposição com a idéia de *distanásia* e as dificuldades inerentes à determinação de um passamento ocorrido fora do seu momento correto — afinal, sempre é tempo para morrer... — tornam *mistanásia* um conceito deveras problemático nas discussões ora entabuladas.

Feitas estas considerações acerca do problema semântico e de suas implicações pragmáticas, impõe-se a discussão do *problema moral pertinente*, ou seja, dos argumentos pró e contra a *eutanásia*, questão bioética que se pode chamar de *controvérsia sobre a moralidade da eutanásia*, como será apresentada a seguir

ARGUMENTOS CONTRA

A *eutanásia* é uma temática sujeita a vários questionamentos, alguns de indubitável legitimidade. Os mais importantes argumentos contrários à sua realização centram-se no princípio da sacralidade da vida (PSV) e no argumento da “ladeira escorregadia” ou *slippery slope*.

Princípio da Sacralidade da Vida

Segundo esta premissa *absoluta*, a vida consiste em um *bem* — concessão da divindade ou manifestação de um *finalismo intrínseco da natureza* —, possuindo assim um estatuto sagrado — isto é, incomensurável do ponto de vista de todos os “cálculos” que possam, eventualmente, ser feitos sobre ela —, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Uma outra leitura possível da *sacralidade* ganha força na afirmação de que *a vida é sempre digna de ser vivida*, ou seja, estar vivo é sempre um bem, independente das condições em que a existência se apresente. Apesar de ser considerada uma das mais contundentes objeções à eutanásia — mormente nas éticas cristãs e na tradição hipocrática⁴⁵ —, uma questão se impõe de pronto: se a vida é realmente um bem, quem seria o mais competente para julgar esta “beatitude”? Não recairia, tal prerrogativa, sobre o próprio titular da existência? Afirmar de maneira genérica, e peremptória, que a vida é algo bom em si mesmo — para além do truísmo de considerá-la como condição necessária para se poder falar em suas eventuais qualidades ou não — a partir da ótica de algumas pessoas não implicadas nas vidas particulares em exame, é extremamente perigoso, em concordância com muitas das reflexões críticas, consubstanciadas ao longo do século XX e dirigidas à *obsessão pelas generalidades*, pois, afinal, a detecção de semelhanças não pressupõe a existência de *gerais*.⁴⁶ Ademais, a própria assertiva acerca da *vida como um bem em si mesmo* pode ser questionada, como vem sendo feito na história do pensamento, desde os seus primórdios — veja-se os órficos, Empédocles de Agrigento, Søren Kierkegaard e Emil Cioran, dentre outros.^{47,48,49,50}

Argumento de Slippery Slope

Traduzível, em português, como *ladeira escorregadia*, pretende justificar que não devem ser feitas “concessões” aparentemente inócuas em temas controversos, sob pena de se abrir o precedente para atitudes de inequívoco malefício.⁵¹ Oposições alicerçadas no argumento “escorregadio” incluiriam (1) a potencial desconfiança — e subsequente desgaste — na relação médico-paciente; (2) a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões

de heranças, pensões, seguros de vida, e outras); (3) a ocorrência de pressão psíquica — por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro “estorvo” para os familiares —, a qual poderia deixar os pacientes, cuja morte se aproxima, sem perspectiva outra que não a “eutanásia”, de fato não desejada e, portanto, de alguma forma imposta por razões circunstanciais; e (4) a erosão definitiva do respeito à vida humana, tomando-se como base o recorrente exemplo do nazismo.^{33,52} Entretanto, nem sempre tal preocupação poderá ser fundamentada, uma vez que *o mau uso (ou o abuso) de algo não contra-indica, em termos absolutos, o seu uso (abusus non tollit usus)*:

Se em alguns casos, especialíssimos, pode ser justificado e até mesmo necessário desrespeitar um sinal vermelho, essa não é uma boa razão para eliminar o sistema de circulação de veículos baseado em sinais luminosos, nem para atenuar o rigor das regras de trânsito, prevendo possíveis exceções, que ficariam sujeitas inevitavelmente a abusos perigosos. [Neri, 1994: 396]⁵²

De outro modo, análises minuciosas do argumento da *ladeira escorregadia* acabaram por demonstrar que, em última análise, o impedimento refere-se muito mais à inexorabilidade do fenecer do que, propriamente, ao fato de “deslizar” em direção a um mau uso da prática.⁵²

ARGUMENTOS PRÓ

Dois são os principais pontos de apoio dos defensores da eutanásia: os princípios da qualidade de vida (PQV) e da autonomia pessoal.

Princípio da Qualidade da Vida

É um princípio geral, ou *metaprincípio*, com validade *prima facie* — ou seja, um princípio que subsume lógica e semanticamente outros princípios, mas que só é aplicável sob determinadas circunstâncias, sendo destituído, portanto, de um valor universal e inatacável — que afirma também a existência de um *valor para a vida*, mas aplicável, tão somente, se esta é provida de um certo número e grau de qualidades histórica e socio-culturalmente construídas, e aceitas pelo titular de uma vida particular.⁴⁵ Assim, a existência teria realmente um valor condicionado às percepções e concepções das sociedades secularizadas, laicas e plurais, em um tempo próprio. A contraposição ao PSV tem a ver com a possibilidade de atos absurdos, geradores de

sofrimentos insuportáveis, tão somente para sustentar uma (sobre)vida que pode ser mais um castigo do que uma dádiva.³²

Sacralidade e qualidade de vida têm sido tratadas como princípios antagônicos e inconciliáveis. Apesar desta aporia, pode-se tentar uma composição entre ambos — não simplesmente dialética (no sentido hegeliano), mas sim no âmbito mais amplo do método da complexidade —, segundo a qual estabelecer-se-ia uma nova relação PSV **e/ou** PQV — ao invés de PSV *versus* PQV —, integrando tanto as conexões de *simpatia* quanto aquelas de *antipatia* entre eles, em uma unidade discursiva de segunda ordem.^{5,45} Resultaria, assim, uma unidade que incorpora as tensões e ambigüidades, em termos de relação de relações (e não mais unicamente de objetos).

Uma das questões mais íntimas em relação à qualidade de vida é determinar-se qual o real significado de uma *vida que vale a pena ser vivida* e para quem deve ser dada a prerrogativa em decidir sobre tal significação. Na esteira da herança kantiana — segundo a qual um ato genuinamente moral deve ser concebido no pleno exercício da liberdade do sujeito ético⁵³ — cabe sempre admitir que o principal interessado em viver deve ter a preeminência, ou prioridade léxica, em decidir sobre sua vida e sua morte. Tal colocação remete, quase instantaneamente, à questão da *autonomia pessoal*, considerado o mais importante princípio para legitimar a eutanásia,^{38,54} pelo menos se pensada no contexto das sociedades complexas liberais e democráticas contemporâneas, nas quais existem, como esteio, âmbitos de pertinência distintos relativos a ordens legítimas, também distintas — como aquelas do individual e do coletivo —, e que não podem ser esquecidas, sob o risco de sobrevir a dissolução de um convívio razoável entre indivíduos neste tipo de sociedades.

Autonomia

O termo, de origem grega — αὐτονομία, de αὐτός = próprio, e νόμος = leis — remete à idéia de *autogoverno*, tendo sido empregado, historicamente, no seio da democracia grega, para indicar as formas de governo autárquicas — isto é, a πόλις (*pólis*)⁵⁵ —, de fato a primeira forma consensualmente conhecida de democracia no Ocidente, ainda que incompleta por não contemplar escravos e mulheres. A partir da Modernidade, isto é, do movimento cultural e social, iniciado pela Renascença, e que trouxe a idéia de indivíduo ao cenário da reflexão filosófica e política, o conceito de *autonomia* passa a se aplicar ao indivíduo — um necessário “produto” da modernidade

burguesa e protestante na ponderação de Max Weber⁵⁶ —, alcançando uma formulação moral sistemática com a *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de Immanuel Kant.^{53,55}

Pode-se definir como autônomo o indivíduo que

[...] age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma que um governo independente administra seu território e define suas políticas. [Beauchamp & Childress, 2002: 138]¹⁹

Com base neste pressuposto, os autores que “defendem” a eutanásia apontam para a necessidade de que seja respeitada a *liberdade* de escolha do homem que padece, isto é, sua competência em decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo nesta vivência o processo de morrer, de acordo com seus valores e interesses legítimos. Deste modo, com raízes fincadas no Espírito helênico e florescimento manifesto na *Aufklärung* (*Iluminismo*, literalmente “Esclarecimento”), a autonomia pressupõe que cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de suas forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável.³⁸

Deslocar-se-ia, assim, o debate *bioético da finitude* para a pergunta — genuinamente filosófica — sobre o alcance da *autonomia* do próprio interessado, encarnada na decisão de não permanecer em um martírio que não o conduzirá a lugar algum⁵⁷ ou, então, de continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas, sim, por uma opção pessoal, que pode até ser a de se submeter, por boas razões, à imposição de um *outro*, mas que, neste caso, se torna o *Outro*.

A despeito de sua *eficácia teórica* na argumentação bioética sobre o fim da vida — na medida em que contempla vários dos aspectos fundamentais em relação à eticidade, ou não, da eutanásia —, a idéia de autonomia apresenta uma série de problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita, podendo-se mencionar:^{9,55,57}

(1) a possibilidade, sempre real, de que haja dificuldade para a compreensão plena de aspectos da *realidade*, o que representa um genuíno “empecilho” para o exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país — como o Brasil — no qual a maior parte da população não tem acesso à educação necessária ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência;

(2) a impossibilidade lógica de se constituir um *nomos* particular, a partir de um indivíduo supostamente capaz de legislar em nome de seus interesses, sem a necessária dialética estabelecida com um outro de si, uma vez que a tomada de decisões só é levada a cabo no âmbito de coordenadas socialmente determinadas por esta dialética;

(3) a probabilidade, à luz da bioética principialista — calcada nos princípios de *autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência*, ou outros — de que sempre é factível a existência de conflitos entre os princípios em pauta;

(4) a existência de uma assimetria contingente nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, devido às inegáveis competências diferentes entre quem pede ajuda e quem, supostamente, pode atender tal pedido e que pode, em inúmeras oportunidades, tornar inviável a aplicação do princípio, pela influência incontornável exercida por aquele que cuida.

Consideradas tais dificuldades, a grande indagação seria então *como propiciar um contexto favorável à liberdade do homem no sentido de seu empoderamento de fato?* Com efeito, tal questionamento se delineia como um dos grandes desafios a serem enfrentados, no futuro, pelo *Übermensch* — o ‘Sobre-homem’ nietzschiano — o qual, de acordo com uma interpretação “pós-moderna” de Gianni Vattimo, deve ser entendido, sobretudo, como aquele que tenta ir *para além* de seus limites pessoais, e não como alguém capaz de exercer o poder sobre os demais.⁵⁸

HÁ NOVOS HORIZONTES PARA O DEBATE? – À GUIA DE (IN)CONCLUSÃO

A discussão, do modo como foi encaminhada até o presente momento, almejou a ordenação dos principais matizes que se combinam no debate moral sobre a eutanásia, podendo-se tomar, como analogia, o movimento do *χάος* (*caos*, no sentido da “desordem” primordial) para o *κόσμος* (*cosmo*, no sentido de ordem), cantado por Hesíodo na *Teogonia*.⁵⁹

Como se tornou paulatinamente perceptível, os princípios da *autonomia* e da *sacralidade da vida* são os grandes pilares daqueles que se põem *a favor e contra* a eutanásia, respectivamente. Sem embargo, todas as colocações são passíveis de contestação, instaurando, assim, a necessidade de compor diferentes ordens de discurso — engendradas nas díspares tradições de pensamento — em um sistema complexo que

permita a tomada de decisões, por vezes urgentes, em se tratando de pessoas acossadas pelos mais vis padecimentos.

Baseado nestas considerações, uma das interseções que se anuncia como promissora na elaboração dos aspectos conflituosos da eutanásia é, justamente, a de tomar entre os referenciais a atitude daqueles que se dispõem a executar o ato, abrindo-se a perspectiva para se colocar o problema da *compaixão*.

As grandes tradições morais que se fundam na compaixão são a *cristã* e a *budista* — ainda que possam ser encontrados elementos compassivos no hinduísmo, no islamismo e no judaísmo.⁶⁰ Entretanto, se no cristianismo o sentido é de tomar para si, compartilhar, o sofrimento do *outro*⁶¹ — do latim *compati* = sofrer com, lembrando-se que, em grego, *πάθος* (*páthos*) significa capacidade de sentir, sentimento profundo, afeto arrebatador —, na ética budista, apropriada pela filosofia ocidental no pensamento de Arthur Schopenhauer — na verdade, sua principal “influência oriental” foi recebida dos *Upanixades* hindus^{62,63} —, a dimensão evocada por *Karuna* (compaixão em sânscrito) é muito mais de acolhimento da angústia alheia:

Compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios. [Brandon, s/d: 51].⁶⁴

Tal acolhida pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas, sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente.⁶⁰ Se, conforme o discutido, o conceito de eutanásia pressupõe, de modo inequívoco, a existência de um lídimo estofado misericordioso, cabe ao profissional que cuida do enfermo, inserido no processo de morrer, o respeito a este seu momento elegíaco, recebendo-o e dispondo-se a atender seu desejo de morrer, sem julgá-lo, nem tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. Ademais, a compaixão, enquanto acolhimento — recepção daquele que sofre em seu próprio âmago —, permite uma fecunda articulação entre os princípios e argumentos morais acerca do fim da vida, compondo (1) *sacralidade da vida*, (2) *qualidade de vida* e (3) *autonomia*, além de superar o (4) argumento do *slippery slope*.

De fato, a vida de um homem submetido a excruciante padecimento não deixa de ser *sagrada* — pondo-se de lado os dogmatismos cegos e os fundamentalismos — pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de se por um fim ao seu curso. Neste caso, a própria condição de se admitir, em meio a um padecimento incurável — e

intratável —, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o doente atribui alto valor a sua própria vida, não desejando profaná-la, ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim. Morrer, neste caso, pode significar também uma clara demonstração de apreço pela própria existência, situando-a em uma dimensão *beatífica*. E, ainda, se este mesmo homem é amparado — e, por que não, protegido —, no sentido de se facultar sua inquebrantável disposição para o ocaso, não se corre o risco de estender, escorregar, indevidamente para situações obscuras e danosas em relação à prática da eutanásia, uma vez que a palavra daquele que sofre, o titular da vida, será sempre a última fronteira.

É bem verdade que esta é apenas uma breve digressão sobre um elemento de irrefutável alcance no debate ético e bioético sobre o fim da vida, a *compaixão*, o qual vem sendo pouco prestigiado nas reflexões contemporâneas. Integrá-la aos demais fios que compõem o grande tecido da eutanásia, é uma forma de olhar e acolher o homem que morre, um genuíno ato de fraternidade, permitindo-lhe, quiçá, a restituição da prerrogativa de sonhar, com seus melhores dias de outrora, com o esfumar do martírio, com o descerrar das cortinas da existência, tão belamente escrito por William Shakespeare:

Morrer é dormir. Nada mais. E por um sonho, diremos, as aflições se acabarão e as dores sem número, patrimônio da nossa débil natureza. Isto é o fim que deveríamos solicitar com ânsia. Morrer é dormir... E talvez sonhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago: Universitária; 1995.
2. Heidegger M. *Ensaaios e Conferências*. Petrópolis: Vozes; 2002.
3. Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
4. Kant I. *Crítica da razão pura*. Rio de Janeiro: Edições de Ouro; 1966.
5. Schramm FR. *A Terceira margem da saúde*. Brasília: Editora UNB; 1996.
6. Hershenov D. The problematic role of ‘irreversibility’ in the definition of death. *Bioethics* 2003; 17(1):89-100.
7. Schramm FR. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 2002; 26(1): 178-183.
8. Camus A. *Essais (Le Mythe de Sisyphe)*. Gallimard: Paris; 1965.

9. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência Saúde Colet* 2004; 9(1):31-41.
10. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34; 1992.
11. Pessini L. *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* São Paulo: São Camilo / Loyola; 2001.
12. Suetônio. *A vida dos doze césores*. 2ª ed. São Paulo: Prestígio; 2002.
13. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(3):855-865.
14. Alexander L. Medical science under dictatorship. *N Engl J Med* 1949; 241:39-47.
15. Singer P. *Vida Ética*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
16. Almeida JLT, Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics and the rise of bioethics? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(supl. 1): 15-25.
17. Mori M. A Bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994; 9(4): 333-341.
18. Veille F. Vincent Humbert. “Je vous demande le droit de mourir”. Neuilly-sur-Seine: Michel Lafon; 2003.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
20. Anonymous. Its over, Debbie. *JAMA* 1988; 259(2): 272.
21. McCarrick PM. Ethics committees in hospitals. *Kennedy Institute Ethics J* 1992; 2(3): 285-306.
22. Quill TE. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991; 324(10): 691-694.
23. Lachs J. Dying old as a social problem. In: McGee G, organizer. *Pragmatic Bioethics*. Nashville and London: Vanderbilt University Press; 1994. p. 194-203.
24. Schramm FR. A difícil dialética entre economia e ética. *Rev Bras Edu Méd* 2000; 24(1): 77-81.
25. Engelhardt DV. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta Bioética* 2002; 8(1): 55-66.
26. Sá MFF. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. Del Rey: Belo Horizonte; 2001.
27. Dodge REF. Eutanásia – aspectos jurídicos. *Bioética* 1999; 7(1): 113-120.

28. Jesus DE. Código Penal Anotado. 5^a ed. São Paulo: Saraiva; 1995.
29. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Resp Critical Care Med* 1998; 158(1): 1163-1167.
30. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cad Saúde Colet* 2002; 10(1):9-18.
31. Souza MTM, Lemonica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética* 2002; 11(1): 83-100.
32. Horta MP. Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética* 1999 ; 7(1):27-34.
33. Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 1999; 7(1): 41-48.
34. Littré E. Dictionnaire de médecine. 21^a ed. Paris: Balliere; 1908.
35. Neukamp F. Zum Problem der Euthanasie. *Der Gerichtssaal* 1937; 109: 403.
36. Kuhse H. La eutanásia. In: Singer P, organizador. *Compendio de Ética*. Madrid: Trotta; 1995. p. 405-416.
37. Declaration on Euthanasia. Prepared by the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Vatican; 1980.
38. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 2001; 6(11): 43-54.
39. Singer P. *Ética Prática*. 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
40. De Blois J, Norris P, O'Rourke K. *A primer for health care ethics*. Washington: Georgetown; 1995.
41. Pellizzari EML, Almeida RA. Suicídio: a metáfora de Dorian Gray. *J Bras Psiq* 2001; 50(3-4): 69-76.
42. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das UTIs contemporâneas. I Congresso de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2003.
43. Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM; 1998. p 171-192.
44. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993; 1:129-139.
45. Schramm FR. Vida: Sacralidade e/ou qualidade? *Cadernos Atualidade em Debate* 1995; 34(1):44-69.

46. Wittgenstein L. Tratado Lógico-filosófico e Investigações filosóficas. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 1989.
47. Siqueira-Batista R. Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
48. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os filósofos pré-socráticos. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 1994.
49. Cioran E. Sur les Cimes de Désespoir. Paris: Gallimard; 1995.
50. Kierkegaard S. Doença até a morte. São Paulo: Abril Cultural; 1979.
51. Schauer F. Slippery slopes. Harvard Law Rev 1985; 99(1):361-383.
52. Neri D. A eutanásia em uma perspectiva leiga. Humanidades 1994; 9(4):388-397.
53. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1960.
54. Donkin A. Autonomy, interdependence, and assisted suicide. Bioethics 2001; 14(3):187-204.
55. Schramm FR. A autonomia difícil. Bioética 1998; 6(1):27-37.
56. Weber M. Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie. Frankfurt a/Main: Suhrkamp; 1973.
57. Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. Rev Bras Edu Méd 2000; 24(3):40-45.
58. Vattimo G. Al di là del Soggetto. Nietzsche, Heidegger e l'Ermeneutica. Milano: Feltrinelli; 1981.
59. Hesíodo. Teogonia: A origem dos deuses. 3ª ed. São Paulo: Iluminuras; 1995.
60. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela Terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
61. Santo Agostinho. Confissões. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
62. Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
63. Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
64. Brandon D. Ajuda pelo Zen-Budismo. São Paulo: Pensamento; s/d.

ARTIGO 2

Siqueira-Batista R, Schramm FR.

Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia.

Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(1):31-41.

Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia*

Euthanasia: along the road of death and autonomy

Rodrigo Siqueira-Batista¹
Fermin Roland Schramm²

Resumo *O artigo parte da pergunta: o estabelecimento de um conceito de morte, que possa ser considerado fidedigno e, portanto, consensual, seria premissa crucial para a legitimação moral da eutanásia? Procura responder, expondo os problemas que cercam as tentativas de uma definição – científica – de morte, no momento em que se tenta utilizá-la na tomada de decisões – éticas – em relação ao fim da vida, como no caso da eutanásia e do suicídio assistido. Baseia a argumentação na Lei de Hume, que proíbe a inferência de “valores” a partir de “fatos”, e na concepção evolutiva de conceitos científicos, decorrente da distinção, de origem kantiana, entre o que é (coisa em si ou númeno) e o que é conhecido (ou fenômeno), e cuja principal conclusão, de tipo metodológico, é a incomensurabilidade entre a ordem dos fatos e dos valores, ou seja, uma definição de um evento/processo como a morte só pode ser comparada com outra definição pertencente à mesma ordem, o mesmo aplicável aos valores. De outro modo, o manuscrito procura delimitar um referencial alternativo para o debate, que, apesar de suas limitações, se mostra bastante útil para a argumentação bioética: o princípio da autonomia, intrínseco à ordem dos valores.*

Palavras-chave *Bioética, Eutanásia, Morte, Autonomia*

* Trabalho realizado no Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO).

¹ Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO) e Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz. Av. Alberto Torres, 111 – Alto. 25964-000 – Teresópolis – RJ. anaximandro@hotmail.com

² Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz.

Abstract *This article sets out from the question: Would a definition of the concept of death, which could be considered trustworthy and therefore consensual, be considered crucial for the moral legitimacy of euthanasia? It seeks to address this quest expounding on the problems involving the attempts of a scientific definition of death when this definition is necessary for ethical consideration related to the end of life, as it is the case in euthanasia or assisted suicide. The argumentation is based on Hume's Law which prohibits "values" to interfere with "facts" and on the evolutionary concept of scientific ideas arising from Kant's famous distinction between the unknowable thing-in-itself and the knowable thing-as-it-appears, which gives rise to a methodological conclusion: the incommensurability between the order of facts and the order of values, meaning that a definition of an event/process such as death can only be compared to the order of facts, and the same applies to values. Furthermore, it seeks to delimit an alternative field for this discussion, which notwithstanding its limitations is quite useful for the bioethical argumentation: the principle of autonomy intrinsic to the order of values.*

Key words *Bioethics, Euthanasia, Death, Autonomy*

Introdução

"Oh! pequena nuvem", disse a virgem, "peço-te que me digas
Por que não te queixas quando, num instante, desapareces;
Então te procuramos, mas não encontramos. Ah! The! se parece
contigo:
Dissipo-me: contudo, queixo-me, e ninguém ouve minha voz."

William Blake

A morte é a indelével certeza da condição humana, embora quase sempre recalcada, constituindo intrínseca peculiaridade do *Homo sapiens sapiens*, o único vivente que tem a consciência da sua própria finitude (Freud, 1974). Sob uma perspectiva mais abrangente, seria diante da morte que o ser humano, tão ávido na busca de *certezas*, poderia amainar o seu desconforto e sua perplexidade diante de um real com possibilidades tão remotas de verdade (Detienne, 1988; Siqueira-Batista, 2003) – afinal, o êxito letal é a última e incontornável fronteira, geralmente pensada em relação ao outro e quase nunca em relação a si (Hegel, 1992).

Sem embargo, a morte está longe de ser um tema de fácil abordagem e manejo, sobretudo nos dias atuais – mas não somente hoje (Elias, 2001). Muitas vezes tem sido vedada, nos mais distintos ambientes e lugares, a questão da morte como assunto de debate, tornando o mote um genuíno tabu, em relação ao qual se adota a esQUIVA como atitude principal. A repulsa ao tema parece ter como um dos seus liames precípuos o sentimento de angústia e desamparo diante da idéia de *finitude* e do *incognoscível* (Schramm, 2002a). Ademais, a dimensão elegíaca da perda quase invariavelmente

atrelada ao “ocaso” é também partícipe dessa intrincada textura de resistência à idéia da morte. Esta, como evento em si, não é o único problema. Não se pode perder de vista que a morte está geralmente relacionada, em muitas circunstâncias, ao sofrimento de uma doença grave ou mitigante – desfecho nefasto desse processo – ou à crueza de um acidente ou de outra causa violenta de fenecer, que ceifa a vida nos melhores dias (Siqueira-Batista, 2001). Em ambas as situações, a supressão do bem maior da vida, tanto de forma insidiosa, quanto de forma abrupta, possibilita a adoção de uma postura reflexiva, com revisão de conceitos e paradigmas por aqueles que experimentam a proximidade da morte – quer familiares, quer profissionais.

Na esteira dos problemas evocados pelo passamento está a questão do *processo de morrer*, completamente imbricado em aspectos como sofrimento e qualidade (ou precariedade) de vida (Pessini, 2001). Em uma das possíveis confluências da finitude com as questões levantadas pela *tecnociência* – avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da *sobrevida* – está todo o debate sobre a *eutanásia*, a *distanásia* e o *suicídio assistido*, o que parece exigir a compreensão do fenômeno próprio representado pela morte, para uma delimitação mais adequada do problema, tanto em termos individuais, quanto coletivos. Com efeito, o progressivo envelhecimento da população – como o observado no Brasil – permite que um maior contingente de pessoas chegue à senectude, tornando-se mais suscetível às moléstias crônicas e degenerativas – como os cânceres – e, por conseguinte, a um *processo de morrer* mais “prolongado” e sujeito ao sofrimento. Esse panorama se traduz em importantes problemas na área de *saúde pública*, como aqueles relativos ao uso de recursos para o tratamento desses enfermos, e a possibilidade de que um maior número de pessoas seja excluído da adequada assistência à saúde, nesse momento tão crítico – a proximidade da morte. Assim, percebe-se que o debate sobre a *bioética do fim da vida*, longe de ser uma questão relativa ao *indivíduo* – aquele que *morre* –, constitui um autêntico problema de *saúde coletiva*.

Destarte a ponderação, não se torna imediatamente claro que o *conceito de morte* seja capaz de fundamentar – e legitimar – a eutanásia e o suicídio assistido, crítica esta delineada por alguns autores (Schramm, 2001). Ao contrário, as incertezas em relação à possibilidade de uma definição *inequívoca* da morte tem sido motivo para um vasto manancial de discussões acerca da licitude de se prescrever (ou permitir) a

eutanásia. Na legislação brasileira, com efeito, a eutanásia é vista como homicídio, com base em uma definição de óbito, qualquer que seja ela. Isto traz um relevante problema no que se refere, por exemplo, à questão dos transplantes de órgãos, nos quais o diagnóstico de *morte encefálica* é o critério para que o “morto” seja submetido a uma cirurgia para retirada dos órgãos.

Baseado nessas premissas, pretende-se abordar duas perguntas consideradas essenciais para o assunto em pauta: (1) Seria possível utilizar algum conceito de morte como sustentáculo para a argumentação ética acerca da eutanásia? (2) Em caso negativo, haveria outro referencial teórico substitutivo capaz de fornecer elementos à legitimidade moral da eutanásia – e, se sim, a que ordem pertenceria? Buscar a resposta para essas questões, partindo-se de uma breve apresentação do problema representado pelo fim da vida na prática médica, é o escopo do presente artigo.

O médico e o fim da vida

A medicina é uma das práticas humanas que colocam o profissional diante de seus mais íntimos conflitos, ou seja, em poucas atividades o indivíduo encontra-se tão incisivamente sujeito às pressões, de várias ordens, e ao desgaste profissional (Machado, 1997). A peculiar face de agir, na maior parte das vezes, nas condições em que pulula a dor – momento em que se rompe o equilíbrio próprio à saúde –, faz do médico um profissional permanentemente confrontado com as indagações evocadas pelo sofrimento, em suas mais diferentes facetas (Machado, 1997).

Habitualmente não se pode sair impune de um contexto muitas vezes caracterizável como confronto direto com o sofrimento, o qual tem como perene pano de fundo o óbito. A presença da morte – aquela que, segundo concepção vigente, precisa ser enfrentada pelo médico – instaura no exercício profissional um alto grau de compromisso para com o enfermo que caminha para a restituição da saúde ou ao êxito letal. Essa disposição pessoal de *enfrentamento* da morte por parte do médico – aliada à *empatia* para com o paciente que deve se confrontar com ela – é originada ainda nos primeiros anos da graduação (Siqueira-Batista & Siqueira-Batista, 2002). Desde cedo, o estudante de medicina é *moldado* para ver a morte como “o maior dos adversários”, o qual deverá ser sempre combatido e, se possível, vencido graças à melhor ciência, ou competência, disponível. Essa caracterização de médico como *aquele que vence a morte*

já é perceptível na própria narrativa mitopoética, podendo ser lembrado o mito de Asclépio (Cedrola *et al.*, 2003), o deus grego filho de Apolo que, em seu aprendizado com o centauro Quíron, teria adquirido a habilidade de ressuscitar os mortos:

Na verdade, [Asclépio] recebera de Atena o sangue que escorrera das veias da Górgona; enquanto as veias do lado esquerdo tinham espalhado um veneno violento, o sangue do lado direito era benéfico e Asclépio sabia utilizá-lo para dar vida aos mortos. O número de pessoas que ele ressuscitou desse modo é considerável. Entre elas conta-se Licurgo, Glauco (filho de Minos) e Hipólito (filho de Teseu) (Grimal, 1997).

É deveras interessante perceber, neste excerto, o desejo implícito no *imaginário* médico de *vencer a morte*, muitas vezes tão inerente à postura daqueles que praticam a medicina, mesmo nos dias de hoje, em conformidade ao relatado por Márcio P. Horta: *Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte (Horta, 1999).*

Aqui é a dialética vida-morte que está presente: *ou acerto ou morre o paciente!* A densa noção de responsabilidade pela existência do enfermo e a permanente necessidade de decidir nos momentos cruciais são os elementos-chave dessa malha interconectada geradora de angústia (Palacios, 1993).

Deste modo, quando sobrevém o óbito, a sensação de angústia incutida pela percepção da *derrota* é capaz de minar, em muito, a disposição do profissional – afinal, entram em jogo a frustração e a “exposição” de uma ferida narcísica na prepotência médica (Schramm, 2002a) –, alterando substancialmente sua relação com a morte e com aqueles que se encontram em plena *experiência do processo de morrer*. Assim, o médico pode se tornar extremamente reticente para lidar com enfermos em tais condições, por um lado, abrindo-se a perspectiva para uma *luta* desenfreada e (ir)racional, com vistas à manutenção da vida a qualquer custo e sob qualquer pretexto, muitas vezes com extremo sofrimento por parte do paciente, por outro. Neste último caso, tem-se a *distanásia*, termo inicialmente proposto por Morcache, em 1904, no seu livro *Naissance et mort*, significando *uma agonia prolongada que origina uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido*. O vocábulo é freqüentemente

utilizado também no intuito de designar *a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora* (Pessini, 2001).

Se, por um lado, o médico pode digladiar com a morte de forma inclemente, por outro abre-se a possibilidade, durante o lidar com aquele que *morre*, para a emergência de um desejo de tornar o *passamento* menos angustiante e mais digno. Subserviente à máxima de *consolar sempre*, um enfermo que se encontra na mais absoluta condição de penúria, já com a sua sorte selada pela doença – eventualmente com semanas ou dias de vida – acaba por estimular no profissional médico o esforço de condução com mínimo de padecimento, em condições dignas, até o desenlace final. Eis aqui o problema vital desta proposta de trabalho: a *eutanásia*.

A eutanásia e o suicídio assistido

O termo *eutanásia* é oriundo do grego, tendo por significado *boa morte* ou *morte digna*. Foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte “suave” do imperador Augusto: *A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor, desejava para si e para os seus igual eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar)* (Suetônio, 2002).

Séculos depois, Francis Bacon, em 1623, utilizou *eutanásia* em sua *Historia vitae et mortis*, como sendo o “tratamento adequado às doenças incuráveis” (*apud* Jiménez de Asúa, 1942).

De outro modo, o *suicídio assistido* ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para morrer, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição. Neste último caso, o enfermo está, em princípio, sempre consciente – sendo manifestada a sua opção pela morte –, enquanto na *eutanásia*, nem sempre o doente encontra-se cômico – por exemplo, na situação em que um paciente *terminal* e em coma está sendo mantido vivo por um ventilador mecânico, o qual é desligado, ocasionando a morte.

Essa delimitação lexical está longe de ser ideal. Em verdade, há uma intensa polissemia do termo *eutanásia*, gerando inúmeros equívocos. Um exemplo é a confusão de conceitos como *eutanásia* e *ortotanásia*, este último termo significando *a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais (distanásia) e sem abreviação do processo de morrer (eutanásia)* (Horta, 1999). Ademais, há interseção – e de certa

forma, mescla – com conceitos tais como *homicídio por piedade* e *suicídio*, o que acaba por atribuir uma conotação pejorativa à palavra, trazendo grande prejuízo – e até preconceito – ao debate. Por isso a necessidade de se “limpar” um pouco mais o conceito. Atualmente a *eutanásia* seria *O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam* [grifo nosso] (Lepargneur, 1999).

Apesar de não permitida na quase totalidade dos países – exceção feita à Holanda, à Suíça e à Bélgica – a *eutanásia* é considerada uma prática relativamente comum (Lepargneur, 1999), sobretudo a *passiva* – mas também a *ativa*, destaca Peter Singer: *Cálculos aproximados [na Holanda] indicam que cerca de 2.300 mortes resultam, todos os anos, da prática desse tipo de eutanásia [ativa]* (Singer, 1998).

Um estudo sobre decisões relativas ao fim da vida, realizado na Holanda em 1995, em pacientes infantis com menos de um ano, mostrou que 57% de todas as mortes foram precedidas pela decisão de retirar (ou não oferecer) o suporte de vida; em 23% dos casos foram empregados fármacos capazes de antecipar a morte, e em 8%, a administração intencional de drogas letais foi instituída (Van der Heide, 1997).

A abreviação do momento da morte poderia ocorrer de distintas formas, em relação ao *ato em si*, de acordo com uma distinção já clássica, a saber (Neukamp, 1937):

- (1) *eutanásia ativa*, ato *deliberado* de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal);
- (2) *eutanásia passiva*, quando a morte ocorre por *omissão* em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial);
- (3) *eutanásia de duplo efeito*, quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito).

Uma outra maneira de se classificarem as várias modalidades de eutanásia leva em conta não só as conseqüências do ato, mas também o *consentimento do paciente* (Martin, 1998):

- (1) *eutanásia voluntária*, a qual atende uma *vontade* expressa do doente – o que seria um sinônimo do *suicídio assistido*;
- (2) *eutanásia involuntária*, que ocorre se o ato é realizado *contra* a vontade do enfermo – ou seja, sinônimo de “homicídio”;
- (3) *eutanásia não voluntária*, quando a morte é levada a cabo sem que se conheça a vontade do paciente.

Estabelecida a questão semântica, complicada por diferentes terminologias, impõe-se a discussão do problema *moral* pertinente, ou seja, dos argumentos pró e contra a *eutanásia*, questão bioética que se pode chamar de *controvérsia sobre a moralidade da eutanásia*. Com efeito, os autores que “defendem” a prática apontam para a necessidade de que seja respeitada a *liberdade* de escolha do homem que padece – e que decide, como agente competente e autônomo, pôr fim aos seus dias –, além de argumentar que a eutanásia se reveste de um genuíno estofo humanitário, propiciando que se livre o enfermo de um sofrimento *insuportável*, encurtando uma vida considerada *sem qualidade* – pelo próprio paciente –, não albergando mais nenhum sentido para ser vivida. Entrementes, a despeito dessas visões, a *eutanásia* é uma atitude sujeita a vários questionamentos, alguns de indubitável legitimidade, como os que envolvem o *princípio da sacralidade da vida* – uma das bases de sustentação para os autores que desaprovam a eutanásia. Neste caso, a vida como *bem* concedido pela divindade – ou pelo finalismo intrínseco da *natureza* – teria um estatuto sagrado, isto é, incomensurável do ponto de vista de todos os “cálculos” que possam, eventualmente, ser feitos sobre ela, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Outras ponderações contrárias à eutanásia incluem: 1) a potencial de desconfiança – e subsequente desgaste – na relação médico-paciente; 2) a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida, e outras); 3) a ocorrência de pressão psíquica – por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro “estorvo” para os familiares –, a qual poderia deixar os pacientes, cuja morte se

aproxima, sem perspectiva outra que não a “eutanásia”, de fato não desejada e, portanto, de alguma forma imposta por motivos circunstanciais.

Todos os argumentos – favoráveis e contrários – são passíveis de contestações, não cabendo aqui, entretanto, que estas sejam esmiuçadas. Sem embargo, deve-se destacar o ponto considerado essencial, isto é, a questão de saber se um paciente, a princípio cognitiva e eticamente competente, sujeito a sofrimento capaz de torná-lo cioso – por razões que lhe competem – de que sua *sobrevida* não é mais justificável para ser levada adiante, tem, ou não, o direito moral de escolher como terminar sua biografia, de acordo com seus princípios e valores; ou se, ao contrário, isso só pode ser o resultado de processos decisórios realizados por terceiros, supostamente mais competentes porque não instados pelas contingências; ou ainda de um acordo, *a priori* razoável, tendo em conta uma análise imparcial dos interesses em conflito – do paciente, dos familiares dependentes, da sociedade. A esse respeito parece realmente preferível defender o direito moral, *prima facie* válido, do sujeito escolher o que considera melhor para o desfecho de sua vida, uma vez que este pode ser compreendido como um marco *fundamental* no exercício da autonomia pessoal e, portanto, do “empoderamento” individual, no que tange aos assim chamados “direitos humanos” fundamentais.

De outro modo, o debate sobre a eutanásia remete invariavelmente ao binômio vida e morte. Neste âmbito, uma das idéias vigentes propõe que a questão seja alicerçada sobre o conceito de morte – afinal, dir-se-á que a eutanásia, em último caso, consiste em uma *antecipação voluntária da morte*. Assim, uma teorização acerca da morte poderia se tornar o *fiel da balança* para os embates travados em torno do tema. Veja-se algumas das possíveis implicações da formulação.

Os conceitos de morte

Vida e morte podem ser apreendidas como potências ambíguas de um mesmo processo, como no dizer do filósofo Heráclito de Éfeso: *E como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas* (apud Kirk *et al.*, 1994).

Uma concepção bastante familiar permaneceu ressoando na cultura ocidental, podendo ser encontrada no pensamento filosófico moderno e contemporâneo, como em Michel de Montaigne e Karl Jaspers: *Morrer é a própria condição de vossa condição; a morte é a parte integrante de vós mesmos* (Montaigne, 2000). *Considerando que tanto como existência quanto como consciência que temos desta própria existência, nós somos como existência a morte* (Jaspers, 1973).

O engendramento da morte no próprio manancial da vida se tornou um núcleo de preocupação também para Martin Heidegger, filósofo que compreendia que a vivência do processo de viver e morrer faz parte da experiência humana como *Dasein* (*ser-aí*), ou seja, de ser lançado no mundo e vulnerável no tempo, tornando-se, de alguma forma, consciente de sua condição de *ser-para-a-morte* (Heidegger, 1989), ou, de forma mais radical, de *ser-para-o-nada*, na perspectiva existencialista (Sartre, 1997). Nesses panoramas, morrer seria um dos pontos culminantes e críticos da experiência humana, prístina condição para se pensar a vida.

Sem embargo, essa caudalosa herança no Ocidente fomentou uma subversão da interseção existência-finitude, tornando a morte completamente – e tão somente – imbricada à tristeza e ao sofrimento. Desta feita, falecer significa se despedir, deixar de fazer parte deste único mundo conhecido – ameaçador, aniquilador, “nadicador” –, se afastar do convívio de pessoas queridas. Morrer causaria temor: é o desconhecido que está por vir.

Mas, em que consiste este momento – a morte? Em geral, quando se reflete sobre o traspasse, o que vem imediatamente ao pensamento é a morte clínica (e/ou biológica), sobretudo no âmbito do senso comum. Mas, há diferentes perspectivas para a conceituação da morte, podendo-se estabelecer:

1) a *morte clínica*, caracterizada por parada cardíaca (com ausência de pulso), respiratória e midríase paralítica (que surge cerca de 30 segundos após a suspensão dos batimentos cardíacos), podendo ser *reversível*, desde que sejam implementadas adequadas medidas de reanimação;

2) a *morte biológica*, que surge como uma “progressão” da morte clínica, diferindo desta por seu caráter irreversível (por exemplo, manobras adequadas de ressuscitação não regridem a midríase); caracteriza-se por “destruição” celular em todo o organismo, o que habitualmente se desenrola ao longo de 24 horas (algumas células

demoram esse período para fenecer); neste caso, pode-se dizer que um evento essencial na morte celular é a ativação da enzima *cathepsina* – a qual permanece “inerte” durante a vida – que, por sua característica proteolítica, é capaz de promover autólise da célula; mais recentemente, a lesão encefálica irreversível vem sendo considerada morte biológica (ver *morte encefálica* adiante);

3) a *morte óbvia*, na qual o diagnóstico é inequívoco (evidente estado de decomposição corpórea, decaptação, esfacelamento ou carbonização craniana, se há sinais como *rigor mortis* e *livor mortis*, dentre outros);

4) a *morte encefálica*, que é compreendida como um sinônimo para a morte biológica (resolução nº. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina), sendo caracterizada por uma série de parâmetros que *atestam* a lesão encefálica irreversível – situação em que todos os comandos da *vida* se interrompem, tornando impossível a manutenção da homeostasia corpórea (Menna Barreto, 2001) –, desde que sejam excluídos o uso de depressores do sistema nervoso central, os distúrbios metabólicos e a hipotermia, os quais podem simular tais parâmetros;

5) a *morte cerebral*, que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração: esta função tem um “componente” voluntário e um involuntário, este último “comandando” o processo, por exemplo, durante o sono; nos casos de *morte cerebral* perde-se a *consciência* da respiração, a qual permanece funcionando de forma “automática”; se há *morte encefálica* o centro respiratório se torna danificado de forma irreversível, com a “vida” podendo ser mantida apenas com o emprego de instrumental tecnocientífico;

6) a *morte jurídica*, estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que *a morte termina a existência da pessoa natural*; entretanto, a lei não estabelece o *conceito* de vida e de morte – apenas se ocupando do seu momento –, cabendo à medicina, em especial à medicina legal, estabelecer os critérios válidos (Gogliano, 1998);

7) a *morte psíquica*, na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica; aqui o enfermo toma consciência do escoamento progressivo e inexorável de sua vida, habitualmente após receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável – por exemplo, um câncer disseminado (Kastenbaum, 1981); neste caso, a maior dificuldade do conceito de morte psíquica é a identidade estabelecida entre a *morte* e o *processo de morrer*.

Esta brevíssima explanação acerca de alguns possíveis *conceitos* de morte pretende trazer a dimensão do problema. Se em relação à morte biológica e encefálica pode-se questionar sobre até que ponto vai o discernimento das situações irreversíveis, com base em dados científicos –vide a mudança de conceito de morte *cerebral* para morte *encefálica*, e desta para morte *cortical* e *neocortical* (nestas duas últimas há comprometimento “apenas” da vida de relação) (França, 2001; Schramm, 1999) –, o que se dirá da morte *psicológica*, dependente da estrutura psíquica de cada indivíduo? Pode-se mencionar que esta *modalidade* de morte está inexoravelmente atrelada à biografia da pessoa que a experimenta, podendo ser vivenciada das maneiras mais díspares.

Ademais, há uma questão fundamental que perpassa a própria evolução da ciência: a visceral mudança sofrida pelo conceito de morte, sobretudo no século XX, em cuja primeira metade a *morte clínica* era praticamente sinônimo de *morte biológica*. Atualmente, já no século 21, há quase que uma *unificação* deste último com o conceito de *morte encefálica* – instituído na segunda metade do século 20. Neste sentido, para Délio Kipper: *a morte encefálica, na realidade, não é um modo de morrer, mas sim um diagnóstico, que é sinônimo de morte, embora existam contestações numa situação rara em que o paciente se encontre na chamada “Penumbra Isquêmica Global”* (Kipper, 1999).

A pergunta, portanto, é: até quando perdurará esta classificação? Ou ainda, em que medida novos “conhecimentos” aplicáveis no âmbito da *biotecnociência* não alterarão, profundamente, nos anos vindouros, a conceituação estabelecida para a morte? Em suma: haverá um tempo no qual se poderá decidir que, efetivamente, a morte aconteceu em um preciso momento?

Além das dificuldades conceituais inerentes à morte, há que se ter em mente a perspectiva do médico, profissional que irá vivenciar a morte do outro – seu paciente –, cabendo-lhe, em grande medida, a decisão, outorgada socialmente, acerca da forma de *conduzir* o processo. Algumas questões dessa interface – a dimensão decisória do *enfermo* no pleno exercício de sua *autonomia* – serão coligidas a seguir.

Da morte “objetiva” à autonomia pessoal?

Consoante o visto, há uma nítida *fluides* no conceito de morte (Rodrigues, 1983; Ariès, 1989). Não é à toa que ele é ainda discutido – e, provavelmente, para sempre discutível (Schramm, 2002b). O traspasse, no início do século XX, foi caracterizado pela cessação dos batimentos cardíacos – a morte clínica anteriormente mencionada –, enquanto, atualmente, a irreversibilidade de uma parada cardíaca, após reanimação, ou a morte encefálica podem ser tomados como conceitos preponderantes de óbito. Todavia, mesmo o conceito de morte encefálica, conforme o discutido, é sujeito a controvérsias em alguns dos seus aspectos (Coimbra, 2000; Kipper, 1999), ainda mais se é levado em conta um *adendo* feito pelo Conselho Federal de Medicina, no intuito de estender a aplicabilidade do conceito de morte encefálica não apenas para o transplante de órgãos, abrindo a possibilidade para a suspensão da terapêutica nestes casos. Por exemplo, o Parecer nº 12/98 do CFM, de 17 de junho de 1998, traz o seguinte excerto: *Os critérios para verificação de morte encefálica não se aplicam apenas às situações de transplantes de órgãos. Os médicos devem comunicar aos familiares a ocorrência e o significado da morte encefálica antes da suspensão da terapêutica* (CFM, 1998).

Essa extensão do conceito de morte *encefálica* minimizaria os riscos de abusos – reais ou supostos – referentes à possibilidade de *comércio* de órgãos para transplante (França, 2001).

Todo esse dilema traz à baila uma *primeira* conseqüência inexaurível: a vigência de um paradigma de morte é discutível o bastante para se duvidar da possibilidade de adotá-lo como fiel da balança, em um assunto tão delicado e com implicações tão vastas. Mas, por outro lado, a não referência a um paradigma pode originar conseqüências inaceitáveis para a prática clínica. Assim, exercitando a reflexão, ainda que se pudesse caracterizar de forma *inequívoca* em que consiste a morte – o que está longe de ser uma possibilidade vislumbrada (Kipper, 1999; Schramm, 2002b) –, o cerne do problema aí não residiria. E aqui se pode *apelar* ao “velho” Epicuro, que em suas preleções denunciava claramente que: *Enquanto vivemos, a morte não existe; quando a morte passa a existir, nós já não existimos* (apud Luce, 1994).

Se é conceituado que um indivíduo está morto, *não há mais espaço para se discutir a eutanásia*, uma vez que já se estabeleceu o ocaso. A questão está assim colocada: há um evento, um fato inexorável, capaz de pôr em xeque o próprio

pensamento – partindo-se do pressuposto, como queriam os epicuristas, de que há cessação do mesmo após o *derradeiro momento* –, ou seja, a *morte*. Por seu turno, este momento não surge *ex nihilo nihil*, mas sim como desfecho de um devir: o *processo de morrer*. E aqui está um *segundo* grande “tendão de Aquiles”: não é a morte o que realmente importa, mas sim o seu processo, a *certeza* de que a vida se enveredou por um “caminho” sem volta, o qual desembocará no Hades! E, se já há enorme dificuldade em se estabelecer, de fato, o momento da morte, o que se dirá do processo de morrer, que, por definição, não pode ser pensado como “momento”? Será a *ciência contemporânea* capaz de delimitar com precisão, isto é, “objetivamente”, a entrada neste caminho? Ou, ao contrário, a consciência “subjativa” de que a própria morte está em curso referir-se-á a instância *psíquica* e/ou *filosófica*?

Posto isto, parece claro que não se pode tentar fundamentar o debate *ético* acerca da eutanásia em um estatuto presumivelmente *científico* – quiçá epistemologicamente consensual – como o conceito de morte, o que parece levar a uma primeira, talvez simplória, conclusão: o ocaso, como evento, não é a questão central para se lidar *moralmente* com a eutanásia, mas, sim, o seu *processo*, o qual tem um âmago genuinamente filosófico: *eutanásia e suicídio se relacionam intimamente com o sentido profundo da existência e constituem um problema essencialmente filosófico, não científico* (Schramm, 2001).

Delineadas, de forma bastante introdutória, as dificuldades para se entabular uma discussão ética sobre a eutanásia com base em um conceito de morte que se presume cientificamente “objetivo” ou fidedigno – para o paradigma dominante –, resta a pergunta genuinamente ética, acerca da existência de um referencial, intrínseco à própria filosofia moral, capaz de ocupar esse possível *vácuo* epistemológico deixado pelas incertezas acerca da morte. Uma das possíveis respostas dadas a esta indagação passaria pela idéia, interna ao campo da ética e da longa tradição das ciências humanas e sociais – ou *Geisteswissenschaften* –, de *autonomia pessoal*, a qual permitiria, em princípio, afirmar que: *Em tal sentido, pode-se dizer que, em caso de conflito de interesses e de direitos, o direito da **autodeterminação** tem uma prioridade léxica sobre os demais direitos no contexto de decisões referentes à vida e à morte de seu titular, quer dizer, a pessoa em princípio é mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida* [o grifo é do original] (Schramm, 2001).

De fato, o termo *autonomia* é originado, historicamente, no seio da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas, isto é, a *πόλις* (*pólis*); posteriormente, a partir da modernidade, o conceito de *autonomia* passa a se aplicar ao indivíduo, chegando a uma formulação moral sistemática com a *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de Immanuel Kant. Mas, apesar de a idéia de autonomia estar centrada no conceito de indivíduo – um necessário “produto” da modernidade burguesa e protestante (Weber, 1973) –, pode-se buscar, igualmente, antecedentes na Antigüidade, por exemplo, na ética estóica: *[Os estóicos] consideravam o suicídio a afirmação suprema da liberdade individual e pensavam que o homem como um agente moral devia ser livre para escolher a morte em vez da vida [o grifo é nosso] (apud Luce, 1994).*

Desse modo, argumentos a favor da *eutanásia* podem ser arrolados a partir de um estofo primevo – fundado na própria tradição filosófica grega preocupada em estabelecer uma *autarquia* do perguntar, com relação à narração mitopoética –, encarnado no *princípio da autonomia*, segundo o qual cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de suas forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável, de tal sorte que: *[O interesse do indivíduo em morrer] se deve a uma razão aparentemente simples, defendida pela bioética laica e segundo a qual se se aceita que existe uma prioridade da qualidade de vida sobre a vida em si, se deve admitir também que, prima facie, o mais competente para decidir qual é a melhor qualidade de sua vida é o próprio titular [o grifo é nosso] (Schramm, 2001).*

Se são deixadas de lado – provisoriamente? – as pretensões “objetivistas” sobre o que, de fato, a *episteme* (referente aos fatos naturais) não pode responder – porque não lhe cabe dizer o que, na “solidão” do experienciar a finitude do processo viver/morrer (Elias, 2001), cada um vivencia – parece que o fundamento, se é que isso possa existir, deverá ser encontrado em um âmbito diferente daquele da ciência. Se isto que está sendo questionado for pertinente, se estaria frente a uma *radical guinada* na perspectiva de fundamentação, e até de “desconstrução”, em sentido derridiano, do próprio embasamento das indagações sobre a ética do fim da vida. Deslocar-se-ia, em outros termos, o problema do *conceito da morte* – a ser supostamente estabelecido pela ciência – para um pergunta sobre o exercício da *autonomia* do próprio interessado, calcado na

decisão de não permanecer em um sofrimento indesejável – em um martírio que não o conduzirá a lugar algum (Kottow, 2000) – ou, então, de continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas, sim, por uma opção pessoal, que pode até ser a de se submeter, por boas razões, à imposição do *outro*. Nesse sentido, é interessante pontuar que Michel de Montaigne chamou atenção de que a própria pergunta sobre o problema da morte constituiu-se em um ato de liberdade: *Meditar sobre a morte é meditar sobre a liberdade; quem aprendeu a morrer, desaprendeu de servir; nenhum mal atingirá quem na existência compreendeu que a privação da vida não é um mal; saber morrer nos exime de toda a sujeição e constrangimento* (Montaigne, 2000).

Assim, do ponto de vista da moralidade da eutanásia, não se trata mais de interrogar sobre a *morte* como fato – quiçá sobre o *processo de morrer* (ao menos com pretensões “objetivas”) –, mas, sim, pela *autonomia* do homem para decidir por sua *liberdade* de escolher o próprio fim, ou não. Procurou-se argumentar sobre esta que é a questão principal, tanto para a filosofia moral – inclusa a bioética – como também para a vida que se pensa, e decide, na pessoa autêntica, de *ser-para-a-vida-e-para-a-morte*.

Considerações finais

As presentes reflexões pleitearam delinear o alcance e os limites do conceito de *morte*, na medida em que este é pretendido como esteio precípuo ao debate bioético sobre a eutanásia. Nesta desconstrução, tornou-se clara a insuficiência, até hoje, do formulado sobre o assunto, o que levou à tentativa de estabelecimento de uma alternativa – a idéia de *autonomia* –, a qual foi considerada capaz de contemplar uma série de aspectos fundamentais em relação à eticidade – ou não – da eutanásia. Entretanto, este último conceito apresenta também uma série de problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita. Diferentes autores (Kottow, 2000; Schramm, 1998; Segre *et al.*, 1998) pontuam os limites do próprio conceito de autonomia, a saber:

1) a possibilidade, sempre real, de que haja dificuldade para a compreensão de aspectos da realidade representa um genuíno “empecilho” para o pleno exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país – como o Brasil – no qual a maior parte da população não tem acesso à educação – e *formação*, no melhor sentido grego da palavra (Jaeger, 1995; Siqueira-Batista, 2003) – necessárias ao exercício da

cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência;

2) a impossibilidade de se constituir um *nomos* particular – próprio – a partir do nada, uma vez que a tomada de decisões só é levada a cabo no âmbito de coordenadas socialmente determinadas – a liberdade irrestrita é uma ilusão, haja vista todo o “enredamento” cultural no qual o homem se encontra imerso;

3) a possibilidade, à luz da bioética principialista – calcada nos princípios de *autonomia*, *justiça*, *beneficência* e *não-maleficência*, ou outros – de que sempre é factível a existência de conflitos entre os princípios em pauta, reduzindo-se, mutuamente, a congruência de uns aos outros, o que é particularmente observado nas situações em que se priorize a autonomia – neste caso, muitas vezes, se tornaria inviável a aplicação dos demais, quando estes podem, por boas razões, terem uma prioridade léxica (por exemplo, autonomia *versus* justiça);

4) a existência de uma assimetria nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, que pode, em inúmeras oportunidades, tornar inviável a aplicação do princípio – é mencionável, a título de exemplo, a possibilidade de *choque* entre a autonomia do enfermo e a responsabilidade profissional, como nos paradigmáticos casos em que é indicada hemotransfusão para os Testemunhas de Jeová, em circunstâncias de risco iminente de vida.

Estas brevíssimas ponderações são apenas alguns pontos capazes de explicitar as agudas indagações abordadas pelo exercício da *autonomia* pessoal diante da relevante questão do binômio vida e morte. Sem embargo, a despeito disto, não se pode abrir mão da idéia de que o titular da própria vida é detentor da prerrogativa de decidir, em condições ótimas – isto é, pressupondo um sujeito, em princípio, cognitivamente e moralmente competente –, sobre seu próprio caminho até a morte. Exatamente aqui está um dos “quês” do problema: propiciar o contexto favorável à liberdade do homem (no sentido de seu “empoderamento” de fato) –, disposição, esta, que possui antigas raízes no *Iluminismo*, e quiçá, ainda mais *arcaicas*, no Helenismo. Talvez este seja um dos grandes desafios a serem enfrentados, no futuro, pelo *Übermensch* – o ‘*Sobre-homem*’ nietzschiano – o qual, de acordo com uma interpretação “pós-moderna” de Gianni Vattimo, deve ser entendido, sobretudo, como alguém que tenta ir *para além* de seus

limites pessoais, e não como aquele capaz de exercer o poder sobre os demais (Vattimo, 1981).

Todos os matizes, presentemente trabalhados, permitem uma composição na qual o conceito de morte – em sua vertente *científica* – e o conceito de autonomia – em sua vertente *filosófica* –, apesar de utilizados como fulcros para o debate ético sobre o fim da vida, albergam dificuldades intrínsecas difíceis de se contornar. Este panorama convida à reflexão, com vistas à busca de novo(s) modelo(s) para a discussão de um aspecto tão inerente à vida, a morte, o último ato no palco da existência. Nesta interseção criativa consubstancia-se a bioética – forma de ética aplicada que se preocupa, essencialmente, com as possibilidades de compor *análise* e *práxis* na tentativa de resolver, da maneira mais imparcial possível, os conflitos e as controvérsias que surgem nas inter-relações humanas –, a qual se vê instada a se debruçar e se redebruçar sobre os possíveis resultados das tentativas de soluções razoáveis, referentes às questões existenciais, de *ser-para-a-morte-e-para-a-vida*, almejando que sejam respeitadas as múltiplas interfaces da vivência humana “à beira de uma eternidade” que pode corresponder, muito bem, à aniquilação e à perdição para sempre.

Referências bibliográficas

- Ariès P 1989. *Sobre a história da morte no Ocidente*. Teorema, Lisboa.
- Cedrola JPV, Carvalho GA, Bezerra TS, Siqueira-Batista R & Siqueira-Batista R 2003. Asclépio, mito e medicina. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis* 5 (supl): 47.
- Coimbra CG 2000. Morte cerebral: falhas nos critérios diagnósticos. *Ciência Hoje* 27(161):26-33.
- Detienne M 1988. *Os mestres da verdade na Grécia arcaica*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- Elias N 2001. *A solidão dos moribundos*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- França GV 2001. *Direito médico*. 7^a ed. Fundo Editorial Byk, São Paulo.
- Freud S 1974. Nossa atitude para com a morte. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. volume XIV. Ed. Imago, Rio de Janeiro.

- Gogliano D 1998. *Pacientes terminais – morte encefálica*. Bioética (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v1/pacienterm.html>>
- Grimal P 1997. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. 3ª ed. Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Hegel GWF 1992. *A fenomenologia do espírito*. Ed. Vozes, Petrópolis.
- Heidegger M 1989. *Ser e Tempo*. Ed. Vozes, Petrópolis, 328 pp.
- Horta MP 1999. *Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer*. Bioética (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v7/bioeutanasia.htm>>
- Jaeger W 1995. *Paidéia: a formação do homem grego*. Tradução de Artur M. Parreira. 3ª ed. Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- Jaspers K 1973. *Filosofia da existência*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Jiménez de Asúa L 1942. *Libertad para amar y derecho de morir*. Losada, Buenos Aires.
- Kastembaum RJ 1981. *Death, society and human experience*. 2nd ed. Mosby, St. Louis.
- Kipper D 1999. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para o nossa realidade. *Bioética* 7(1):59-70.
- Kirk GS, Raven JE & Schofield M 1994. *Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Kottow M 2000. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Revista Brasileira de Educação Médica* 24(3):40-45.
- Lepargneur H 1999. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 7(1): 41-48.
- Luce JV 1994. *Curso de filosofia grega: do séc. VI a.C. ao séc. III d.C.* Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- Machado MH 1997. *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

- Martin LM 1998. Eutanásia e distanásia, pp 171-192. In SIF Costa, G Oselka & V Garrafa (orgs.). *Iniciação à bioética*. Conselho Federal de Medicina, Brasília.
- Menna Barreto SS 2001. *Rotinas em terapia intensiva*. 3ª ed. Artmed Ed., Porto Alegre.
- Montaigne M 2000. De como filosofar é aprender a morrer. *Ensaio*, volume 1. Ed. Abril Cultural, São Paulo.
- Neukamp F 1937. Zum Problem der Euthanasie. *Der Gerichtssaal*, 109: 403.
- Palacios MP 1993. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pessini L 2001. *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* São Camilo-Loyola, São Paulo.
- Rodrigues JC 1983. *Tabu da morte*. Ed. Achiamé, Rio de Janeiro.
- Sartre J-P 1997. *O ser e o nada*. Ensaio de fenomenologia ontológica. 2ª ed. Ed. Vozes, Petrópolis.
- Schramm FM 1998. A autonomia difícil. *Bioética* 6(1):27-37.
- Schramm FM 1999. *Caso clínico* (comentário). *Bioética* (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v6/casoclinico.htm>>
- Schramm FR 2001. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 6(11):43-54.
- Schramm FR 2002a. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 48(1):17-20.
- Schramm FR 2002b. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 26(1):178-183.
- Segre M, Leopoldo e Silva F & Schramm FM 1998. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética* 6(1):15-26.
- Singer P 1998. *Ética prática*. 2ª ed. Ed. Martins Fontes, São Paulo.

- Siqueira-Batista R 2001. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis* 3(1):18-22.
- Siqueira-Batista R 2003. *Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. Landy, São Paulo.
- Siqueira-Batista R & Siqueira-Batista R 2002. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cadernos de Saúde Coletiva* 10(1):9-18.
- Suetônio 2002. *A vida dos doze Césares*. Tradução de Sady-Garibaldi. 2ª ed. Prestígio Ed., São Paulo.
- Van der Heide A 1997. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 350(6):251-255.
- Vattimo G 1981. *Al di là del Soggetto*. Nietzsche, Heidegger e l'Ermeneutica. Feltrinelli, Milão.
- Weber M1973. *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. Vol I. Suhrkamp, Frankfurt a/Main.

ARTIGO 3

Siqueira-Batista R, Schramm FR.

A eutanásia e os paradoxos da autonomia.

Ciência & Saúde Coletiva 2005 (submetido).

A eutanásia e os paradoxos da autonomia*

The euthanasia and the paradoxes of autonomy

Rodrigo Siqueira-Batista¹
 Fermin Roland Schramm²

Resumo *O princípio de respeito à autonomia tem se mostrado bastante útil para a argumentação bioética em favor da eutanásia. Sem embargo, a despeito de sua inquestionável eficácia teórica, inúmeras aporias podem ser levantadas, no momento em que se procede a uma análise rigorosa deste conceito, sendo possível colocá-lo em xeque. Com base nesta ponderação, o presente artigo busca investigar o princípio de autonomia, partindo de suas origens nas tradições grega e cristã e mapeando alguns desdobramentos na tradição ocidental, até sua formulação na modernidade, legado de Immanuel Kant. A seguir, são apresentados seus principais paradoxos, no âmbito da filosofia, biologia, psicanálise e política, expondo-se, assim, varias das dificuldades teóricas que precisam ser enfrentadas, a fim de tornar possível sua aplicabilidade no âmbito das decisões relativas ao fim da vida.*

Palavras-chave: *Bioética, Eutanásia, Morte, Autonomia.*

Abstract *The principle of respect for autonomy has proved very useful for bioethics arguments in favour of euthanasia. However unquestionable its theoretical efficacy, countless aporiae can be raised whenever one conducts an accurate analysis of the concept, seeming likely to bring it to a checkmate. Based on such considerations, the present article seeks to investigate the principle of autonomy, starting with its origins in the greek and christian traditions, to then map some of its developments in the tradition of the Occident, until its modern formulation, a legacy of Immanuel Kant. The concept main paradoxes in the fields of philosophy, biology, psychoanalysis and politics will then be presented, thus expounding several of the theoretical difficulties to be faced in order to make its applicability possible within the scope of decisions relating to the termination of life.*

Key words: *Bioethics, Euthanasia, Death, Autonomy*

* Trabalho realizado no Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO).

¹ Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO) e Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz. Av. Alberto Torres, 111 – Alto. 25964-000 – Teresópolis – RJ. anaximandro@hotmail.com

² Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz.

Introdução

O Universo é como o fole de uma forja,
Que, embora vazio, fornece força,
E tanto mais alimenta a chama quanto
mais o acionamos.
Quanto mais falamos no Universo,
Menos o compreendemos.
O melhor é auscultá-lo em silêncio.

Tao Te Ching

A eutanásia é um dos temas que vem ganhando importante espaço nas discussões contemporâneas em diferentes sociedades (Oduncu, 2003; Rurup *et al*, 2005; Schramm, 2002), especialmente a partir da segunda metade do século XX, momento histórico no qual “entra em cena” a bioética. Esta disciplina, que se propõe a investigar a moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoieticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos (Kottow, 1995), vem se debruçando sobre toda sorte de conflitos e dilemas que emergem no binômio vida/morte, mais precisamente em relação à finitude e ao significado da expressão *morrer bem* — daí o termo *eutanásia*. De fato, etimologicamente, este vocábulo diz respeito à *boa morte* — tal qual o expresso no seu primeiro uso, com Suetônio, no século II a.C. (Suetônio, 2002) — podendo ser caracterizada atualmente como *a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento*.

O debate bioético hodierno sobre a *boa morte* repousa, em grande medida, na polarização entre os princípios do respeito à autonomia individual e da sacralidade da vida, o primeiro de “inspiração” marcadamente iluminista e o último de tessitura preponderantemente religiosa, especialmente judaico-cristã (Siqueira-Batista & Schramm, 2005a). Embora pareça moralmente contra-intuitivo, pelo menos pelos defensores do princípio da sacralidade da vida, a eutanásia é moralmente defensável — no contexto das sociedades democráticas contemporâneas laicas e plurais —, na medida em que o titular da existência é o mais indicado para (auto)determinar o curso do seu viver, aqui incluído o momento e o modo no qual esta se finda, ou seja, a pessoa autônoma é *em princípio a mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida, desde que possa ser considerada cognitiva e moralmente competente* (Schramm, 2001).

A despeito de sua relevância teórica para as discussões bioéticas — tanto às relativas ao *fim da vida*, quanto aos outros âmbitos deste saber (Beauchamp & Childress, 2002; Costa & Siqueira-Batista, 2005; Rego *et al*, 2002; Segre *et al*, 1998; Schramm, 1999) — o conceito de autonomia é complexo e é de difícil aplicação aos conflitos e dilemas do mundo da vida, tal qual demonstrado por diferentes autores (Braz, 1999; Homan, 2003; Kottow, 2000; Schramm, 1998), pois, vem sendo questionado em diferentes ordens discursivas — filosofia, neurociências, genética, psicanálise e teoria política, somente para mencionar algumas das mais relevantes —, colocando em xeque sua possibilidade de fundamentar o discurso e a ação moral, de forma racional.

Com base nestas premissas, torna-se legítima a indagação acerca do alcance do princípio de autonomia da pessoa nas controvérsias morais em torno da eutanásia, em um movimento de retomada de discussões já conduzidas outrora (Siqueira-Batista & Schramm, 2004a). Caracterizar os elementos que entram em jogo na formulação deste problema é, assim, o escopo do presente artigo.

As “origens” da autonomia

O mais arcaico emprego da palavra *autonomia* — αὐτονομία, de αὐτός = próprio, e νόμος = leis — remonta à Antiguidade grega, na referência à perspectiva de autogoverno das πόλεις (*póleis* = cidades-estado), surgidas por volta do século VIII a.C. (Cardoso, 1987; Jones, 1997), como o esclarecido por Aristóteles, na *Política*:

“Quando várias aldeias se unem em uma única comunidade, grande o bastante para ser auto-suficiente, configura-se a cidade-estado [...]” [Aristóteles, 2000:145]

A despeito desta acepção *política* originária, já florescem algumas tímidas referências à aplicação da *autonomia* à condição do homem (Mondolfo, 1968), especialmente manifestas nos sentidos de αὐτάρχεια (*autarquia*) — a *autonomia da vontade* do homem virtuoso — e de ἑλευθερία (*liberdade*) — domínio de si, caracteristicamente no âmbito da subserviência da animalidade à razão, algo também identificável no vocábulo ἑγκράτεια (*autodomínio*) —, ambos presentes na “fundação” da moral socrática (Jaeger, 1995; Reale, 1999a), centrada na idéia de alma (Platão, 1979; Siqueira-Batista & Schramm, 2004b). Sem embargo, ao contrário do que uma

leitura superficial [e precipitada] poderia sugerir, a *vontade* não é aqui entendida no sentido coevo, mas sim em concordância com certa ênfase dada ao horizonte do *lógos*:

“Com efeito, *autodomínio* (ἑγκράτεια) é domínio não da vontade, mas da razão e do conhecimento sobre os impulsos sensíveis; a liberdade (ἐλευθερία) não é o livre-arbítrio, a liberdade do querer, mas a liberdade do *lógos*, ou seja, a capacidade da razão de impor as próprias instâncias às instâncias da animalidade humana. E a *autarquia*, como independência das necessidades animais, é, também ela, *auto-suficiência do logos humano*.” [Reale, 1999a:279]

Tal acento “individualista” encontra-se ainda bastante incipiente no âmbito da cultura helênica, na medida em que é reconhecida a prioridade da ordem da *phýsis* — o cosmo — e das leis da *πόλις* (*polis*) sobre a ação do homem-cidadão.

De outro modo, a noção de autonomia aplicada ao homem poderia ser mais apropriadamente esquadrihada em outro nicho antigo, o cristianismo primitivo (Jaeger, 1991). Já nas primeiras comunidades cristãs celebrava-se a igualdade entre os homens, na medida em que estes, por terem sido criados como almas individuais, à imagem e semelhança de Deus, pertencem, em igual medida, ao plano e à obra do Pai (Jauss, 1978). Ademais, os humanos possuem o *livre-arbítrio* para receber, ou não, os ensinamentos do Cristo — como na parábola das boas ou más sementes, respectivamente —, algo que é marcante no pensamento de Santo Agostinho (1995), o primeiro *filósofo da vontade* (Arendt 1995), tal qual o comentado por Etienne Gilson:

“[...] não se deve esquecer que a graça é um socorro outorgado por Deus ao livre-arbítrio do homem; ela não o elimina, portanto, mas coopera com ele, restituindo-lhe a eficácia para o bem, da qual o pecado o havia privado. Para fazer o bem, duas condições são necessárias, pois: um dom de Deus, que é a graça, e o livre arbítrio. [...] Portanto, a graça não tem por efeito suprimir a vontade, mas, tendo esta se tornado má, fazê-la boa. Esse poder de utilizar direito o livre-arbítrio (*liberum arbitrium*) é precisamente a liberdade (*libertas*).” [Gilson, 1998:155]

Se a autonomia pode ser “buscada”, sob um ponto de vista histórico-conceitual, entre as tradições helênica e cristã (Rios, 1996), será com o advento da modernidade que o indivíduo, *indiviso*, se constituirá como eu pessoal, capaz de conhecer o mundo (sujeito epistêmico) e de agir autonomamente no âmbito da ética (sujeito moral), erigindo os valores que nortearão o julgamento e a práxis em sua vida social (Dumont, 1983). Foram as *coordenadas espaço-temporais* propícias — o humanismo

renascentista, a reforma protestante, a revolução científica e a redescoberta do ceticismo antigo — que permitiram a construção do indivíduo moderno (Gandillac, 1995; Marcondes, 1997; Rossi, 1992).

O primeiro grande movimento neste sentido foi realizado por René Descartes, o qual, a partir de uma dúvida radical sobre toda e qualquer possibilidade de conhecimento (Descartes, 1977), chega à proposição de uma substância pensante — a *res cogitans*, em oposição à substância do mundo, a *res extensa* —, caracterizável como uma realidade imediatamente dada a um sujeito que reflete sobre si mesmo (Descartes, 2000; Segre *et al*, 1998). Assim, pois:

“De sorte que, após ter pensado bem nisso e ter cuidadosamente examinado todas as coisas, é preciso enfim concluir e ter por constante que esta proposição, Eu sou, eu existo, é necessariamente verdadeira todas as vezes que a pronuncio ou que a concebo em meu espírito.” [Descartes, 2000:43; grifo do original]

A certeza procurada por Descartes é “entrincheirada” neste eu pensante — racional e dotado de idéias claras e distintas —, havendo a necessidade de se recorrer a Deus para que tal *solipsismo* radical possa ser, enfim, superado (Descartes, 2000). Neste “esquema trinitário” — *res cogitans* / Deus / *res extensa* —, o espaço para a liberdade permanece resguardado, na medida em que o filósofo reconhece que “a principal perfeição do homem está em dispor de um livre-arbítrio.” [Descartes, 1952:587]

O racionalismo cartesiano foi alvo de inúmeras críticas, podendo-se mencionar os questionamentos formulados por David Hume, em relação à *identidade pessoal*. O pensador escocês critica o modelo cartesiano, afirmando que não é possível ter qualquer representação da mente de forma independente da experiência — ou seja, não há como representar o *pensamento puro*. O “eu” passa a ser entendido como um “feixe” de percepções, inscrito em um dado momento, que pelo hábito — e continuidade — adquire um *status* individual:

“Há alguns filósofos que imaginam que estamos a todo momento conscientes de algo a que chamamos nosso ‘eu’ (Self) e que sentimos a sua existência contínua, tendo certeza, para além de qualquer evidência e demonstração, de sua perfeita identidade e simplicidade. [...] Mas o eu ou pessoa não é uma impressão determinada, mas aquilo que se supõe que nossas várias impressões ou idéias tem como referência. Se alguma impressão dá origem à idéia de eu, essa impressão deve manter-se invariavelmente a mesma, durante todo o curso de nossas vidas, uma vez que se considera que o eu existe desta maneira. Mas não há nenhuma impressão constante e

invariável. Dor e prazer, tristeza e alegria, paixões e sensações sucedem-se umas às outras, e nunca existem todas ao mesmo tempo. Não pode ser, portanto, de nenhuma dessas impressões, nem de nenhuma outra, que a idéia de eu é derivada, e conseqüentemente esta idéia simplesmente não existe.” [Hume, 1999]

Como pode ser percebido, a refutação do *eu* efetuada por Hume é devastadora. Uma “resposta” possível foi apresentada por Immanuel Kant, ao introduzir o conceito de *sujeito transcendental*, na *Crítica da Razão Pura* — tornando-o antes uma *forma* que estrutura as percepções do que um *conteúdo* dotado de realidade própria —, obra que expõe uma teoria do conhecimento, a qual, em última análise, busca uma composição dos impasses existentes entre o *empirismo* e o *racionalismo* (Kant, 1966).

A bela “saída” encontrada por Kant para a questão do conhecimento facultou a extensão da centralidade do sujeito transcendental à questão moral, o que permitiu a concepção do sujeito ético, moralmente autônomo, como o discutido a seguir.

Autonomia: o fundamento da moral

A aplicação definitiva do conceito de autonomia moral ao indivíduo — um necessário “produto” da modernidade burguesa e protestante (Weber, 1973) —, iniciada com o pensamento moderno e consolidada no projeto da *Aufklärung* (*Iluminismo*), ganha sua expressão máxima na formulação moral sistemática de Kant, na *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* e na *Crítica da Razão Prática* (Kant, 1787; Kant, 1960).

Para o filósofo germânico, a moralidade é a única condição capaz de tornar o homem, ser racional, um *fim em si mesmo* (Kant, 1960:77). Tal é a prerrogativa do ser dotado de razão, constituído como sujeito moral — pessoa —, capaz de agir por *dever*, este entendido como “*a necessidade de cumprir uma ação por respeito à lei*” (Kant, 1960), na medida em que esta é universal — ou seja, capaz de ser erigida a norma geral e inequívoca (Pascal, 2001), como diz o próprio pensador:

“*Procede apenas segundo aquela máxima, em virtude da qual podes querer ao mesmo tempo que ela se torne em lei universal.*” [Kant, 1960:67]

É preciso pontuar que a aquiescência em agir por *dever* à lei universal é, em última análise, uma ação inscrita na *boa vontade* (*das gute Wille*):

“É absolutamente boa a vontade que não pode ser má, portanto aquela vontade, cuja máxima, quando convertida em lei universal, não pode jamais contradizer-se a si mesma.” [Kant, 1960:80]

Reconhecer — e aderir incondicionalmente a — este *imperativo categórico* é um ato genuinamente moral, somente podendo ser alcançado por um ser racional e autenticamente autônomo, concorde com a boa vontade:

“A moralidade é pois a relação das ações com a autonomia da vontade, isto é, com a legislação universal possível por meio das suas máximas. A ação que possa concordar com a autonomia da vontade é permitida; a que com ela não concorde é proibida. A vontade, cujas máximas concordem necessariamente com as leis da autonomia, é uma vontade santa, absolutamente boa.” [Kant, 1960:84]

Torna-se diáfana a posição adotada por Kant, entender a autonomia como o *princípio supremo da moralidade* — em contraposição à *heteronomia*, não advinda da vontade livre, produtora, por contraste, de *imperativos hipotéticos* —, na medida em que esta, por fim, possa ser compreendida como:

“[...] não escolher se não de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas, simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal.” [Kant, 1960:85]

O universalismo categórico da filosofia moral kantiana permanece até o final do século XIX, momento no qual as mordazes censuras impostas por Schopenhauer, Nietzsche e Freud e, posteriormente, já no século XX, a transformação da moral em ética aplicada — marcada pela “substituição” dos deveres absolutos por deveres *prima facie* —, colocam sua formulação original em xeque. Ainda assim, a autonomia — juntamente com a justiça —, manteve-se como grande ideário norteador da construção da cidadania no século passado, no contexto das sociedades democráticas, laicas e plurais contemporâneas:

“De certo modo, cabe até mesmo asseverar que a grande ética de nosso tempo continua caudatária — coisa inimaginável sem Descartes — da grande inovação política de Kant e de seu conceito de autonomia; tanto, que muito do que se vê em nossos dias não consegue ir além de notas de pé de página da *Crítica da Razão Prática*.” [Bornheim, 2002: 46]

Acrescente-se a isto o fator de boa parte da reflexão moral dos últimos 35 anos — coincidente com o advento da bioética —, ter se estribado em um conceito (*prima facie*) de respeito à autonomia individual, como aquele formulado no âmago do

princípio (Beauchamp & Childress, 2002), o qual considera autônomo o indivíduo que

“[...] *age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma que um governo independente administra seu território e define suas políticas.*”
[Beauchamp & Childress, 2002: 138]

Autonomia: o esteio para a moralidade da eutanásia

O princípio de respeito à autonomia têm fornecido sustentação a cogentes argumentos bioéticos em defesa da eutanásia (Siqueira-Batista & Schramm, 2005a), como já anteriormente caracterizado:

“[...] *não se pode abrir mão da idéia de que o titular da própria vida é detentor da prerrogativa de decidir, em condições ótimas — isto é, pressupondo um sujeito, em princípio, cognitivamente e moralmente competente —, sobre seu próprio caminho até a morte.*”
[Siqueira-Batista & Schramm, 2004a]

Os defensores da eutanásia apontam para a necessidade de que seja respeitada a *liberdade* de escolha do homem que padece, isto é, sua competência em decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para viver, incluindo nesta vivência o processo de morrer, de acordo com seus valores e interesses legítimos. Deste modo, com raízes fincadas na Antigüidade — Espírito helênico e Cristianismo — e pleno florescimento na *Aufklärung*, o *respeito à autonomia* pressupõe que cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela eutanásia no exaurir de suas forças, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável:

Em tal sentido, pode-se dizer que, em caso de conflito de interesses e de direitos, o direito da autodeterminação tem uma prioridade léxica sobre os demais direitos no contexto de decisões referentes à vida e à morte de seu titular, quer dizer, a pessoa em princípio é mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida [Schramm, 2001; o grifo é do original].

Neste âmbito, concebe-se uma genuína preeminência do titular da existência para decidir (1) tanto não permanecer em um martírio que não o conduzirá a lugar algum, a não ser à própria morte, (2) quanto continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas, sim, por uma opção pessoal, que pode até ser a de se submeter, por boas razões, à imposição de um *outro*.

Sem embargo, a despeito de sua *eficácia teórica* na argumentação bioética sobre o fim da vida, o princípio de autonomia pode ser questionado a partir de distintas frentes, emergindo paradoxos — no sentido grego de παράδοξον, tese que se opõe à opinião comum (Reale, 1999b) — que podem, mesmo, inviabilizar sua aplicação. Veja-se um pouco mais de perto tais aporias.

Primeiro paradoxo: acaso ou necessidade?

Pode-se dizer que o correspondente *ético* do debate epistemológico *acaso / necessidade* é o par antagônico *livre-arbítrio / determinação*. Em última análise, a compreensão da realidade enquanto manancial sujeito à determinação é instaurada nos próprios primórdios do pensamento grego, tal qual o expresso no mais antigo texto filosófico do Ocidente, o fragmento subsistente de Anaximandro de Mileto:

“[...] *uma outra natureza apeiron, de onde provêm todos os céus e mundos neles contidos. E a fonte da geração das coisas que existem é aquela em que a destruição também se verifica ‘segundo a necessidade; pois pagam castigo e retribuição umas às outras, pela sua injustiça, de acordo com o decreto do Tempo’, sendo assim que ele se exprime, em termos assaz poéticos.*” [Kirk et al, 1994: 117; grifo dos autores]

Para o milésio, a origem e a corrupção do cosmo é estabelecida *segundo a necessidade* (Legrand, 1997), ou seja, respeitando à determinação constitutiva do próprio processo. Tal perspectiva está inscrita no espesso tecido do Espírito helênico (Siqueira-Batista 2003a), mormente se é reconhecido o papel do destino (*Moiras* = Μοῖραι) nos *mitos* homéricos e hesiódicos (Grimal, 1997), na *tragédia* — como no caso paradigmático de Édipo que, ao tentar fugir de seu destino parricida, acaba encontrando, justamente, o sangue de seu pai, Laio (Sófocles, 1989) — e na *medicina* hipocrática — na concepção de que algumas doenças são frutos da *ananke* (ἀνάγκη), *necessidade inflexível* (Lain Entralgo, 1987; Reale, 2001b). Esta influência — baseada em uma composição de conceitos não completamente sobreponíveis, mas relacionáveis, como *determinação, necessidade e destino* — é reconhecida por Etienne Gilson ao comparar as filosofias gregas e cristãs:

“[...] *influenciadas pela religião grega, as filosofias gregas são filosofias da necessidade, ao passo que as filosofias influenciadas pela religião cristã serão filosofias da liberdade.*” [Gilson, 1998: XVI]

É preciso comentar, no entanto, a exceção feita ao atomismo de Epicuro, um esforço para pensar o acaso e a liberdade, o que é retomado pelo filósofo latino Lucrécio, nos seguintes termos (Lucrécio, 1978; Siqueira-Batista, 2002):

(1) a queda vertical dos átomos é o movimento da determinação radical, da soberania da necessidade; é preciso recusar esse movimento como constituinte da natureza para que se possa garantir a *liberdade* dos seres dotados de vontade;

(2) a queda vertical dos átomos, em linha reta, obedecendo a mesma velocidade em seu conjunto, é a própria negação da possibilidade de se constituírem mundos, já que aqueles cairiam através do vazio sem jamais se chocarem (lembrando-se que, para Epicuro e Lucrécio, a emergência do cosmo se dá pelo choque e interação/junção dos átomos).

Para os atomistas em questão, o que torna possível o real (ontologia) e a liberdade (ética) é o *clinamen*, o desvio — ou declinação — dos átomos, o qual ocorre por *acaso* (Deleuze, 1998), individualmente para cada uma das partículas (Marx, 1980), em um momento e em um tempo que são impossíveis de prever e/ou determinar (Siqueira-Batista *et al*, 2003). Tal é o fundamento do cosmo e do livre-arbítrio.

O contraponto ao epicurismo é dado por uma modelar filosofia da necessidade, construída pela escola de Zenão de Cício; trata-se do *estoicismo* (Gazolla, 1999; Mondolfo, 1965). O pensamento estóico é concebido de forma sistemática, em três partes, de acordo com a *metáfora da árvore*: a física (raiz), a lógica (tronco) e a ética (os frutos) — sendo esta última a de maior importância, mas inalcançável sem as duas anteriores (Marcondes, 1997).

Para os estóicos, o cosmo tem dois princípios, o passivo e o ativo. O primeiro é a matéria, e o *segundo*, a *razão* que naquela se encontra, Deus, o *lógos spermatico* — ou razão seminal — do mundo, que contém em si as razões de todas as coisas (Diógenes Laércio, 1977). Assim, Deus forma uma unidade com o cosmo. Ademais, os estóicos defendem as idéias de eterno retorno cíclico do universo, dentro de um esquema de determinação radical — ou seja, todas as coisas acontecem fatalmente, a partir de uma inextirpável concatenação causal, a qual governa o mundo (Mondolfo, 1965). Neste horizonte, o homem deve se resignar a aceitar a determinação do mundo — nisto se funda a ética —, agindo de acordo com preceitos morais julgados pertinentes, mas reconhecendo as conseqüências de sua ação e a inevitabilidade dos fatos. Aceitar o

destino deste modo incondicional é uma atitude de *ataraxia* (imperturbabilidade), chave para o alcance da *eudaimonia* (felicidade).

Esta perspectiva determinista ganhou marcante ressonância no pensamento de Baruch Spinoza, para o qual Deus é identificado com a própria realidade, ou seja, *Deus sive natura*, em uma imanência radical (Spinoza, 2003). Neste âmbito, o homem é livre — agindo eticamente — ao se pôr diante de Deus — a substância infinita —, reconhecendo sua necessidade seminal, manifesta no curso necessário das coisas (Scruton, 2001). A ação livre alicerça-se na inequívoca concordância com esta determinação universal, sendo prerrogativa da alma humana que atinge a serena tranqüilidade.

O determinismo, marca inexpugnável das concepções dos estóicos e de Spinoza, vai alcançar seu apogeu a partir da Revolução Científica, iniciada, antes, por Galileu Galilei e consolidada por Sir Isaac Newton. O físico inglês propõe um grande sistema de leis matemáticas para explicação do mundo, as quais tornam factível a predição, a partir do estado de um dado sistema físico — posições e velocidades, as quais caracterizariam o assim chamado *instante inicial* —, da situação ulterior do sistema em *qualquer* instante (Vargas, 1996). Assim, a partir da mecânica newtoniana, a matematização do mundo possibilita um nível antes inimaginável de previsibilidade do real, a ponto de o físico, em seus *Princípios Matemáticos de Filosofia Natural*, pontuar que:

“Gostaria que pudéssemos derivar o resto dos fenômenos da natureza pela mesma espécie de raciocínio a partir de princípios mecânicos, pois sou levado por muitas razões a suspeitar que todos eles podem depender de certas forças pelas quais as partículas dos corpos, por causas até aqui desconhecidas, são ou mutuamente impelidas umas para as outras, e convergem em figuras regulares, ou são repelidas, e afastam-se umas das outras.” [Newton, 1978]

Não é difícil supor o quanto esta prerrogativa tornou possível a concepção de que o universo já se encontrava *praticamente* desvendado, a partir do (re)conhecimento de suas leis naturais — o que, diga-se de passagem, pode ser recuperado a partir do estoicismo. O ideário determinista alcança um grau de pujança tão sólida e inabalável, que o matemático Pierre Simon Laplace chega a afirmar:

“Um intelecto que, em um momento dado qualquer, conhecesse todas as forças que animam a Natureza e as posições mútuas dos seres que a compõem, se esse intelecto fosse vasto

o suficiente para submeter seus dados a análise, seria capaz de condensar em uma única fórmula o movimento dos maiores corpos do universo e o menor dos átomos: para tal intelecto nada poderia ser incerto; e tanto o futuro quanto o passado estariam presentes diante de seus olhos.” [Laplace, 1884]

Com tal nível de agudeza fica fácil compreender que o determinismo laplaciano não deixa espaço para o acaso e, tampouco, para o livre-arbítrio (Ruelle, 1993). Entretanto, alterações no panorama das teorias físicas e matemáticas no século XX, acabaram por forçar a revisão deste paradigma. O advento da mecânica quântica foi decisivo neste sentido, ao colocar em questão a causalidade e o determinismo na compreensão da natureza, como nos excertos a seguir, de Niels Bohr e Werner Heisenberg:

“Quão radical foi a mudança promovida por esse avanço da física atômica em nossa atitude perante a descrição da natureza talvez possa ser mais claramente ilustrado pelo fato de que até o princípio de causalidade, antes considerado o fundamento incontestável de toda interpretação dos fenômenos naturais, revelou-se um referencial estreito demais para abarcar as regularidades singulares que regem os processos atômicos individuais.” [Bohr, 1995]

“Mas não podemos, e é aí que a lei causal falha, explicar por que um determinado átomo se desintegra num dado momento, e não no seguinte, ou o que o faz emitir um elétron exatamente numa certa direção e não na outra. Estamos convencidos, por muitas razões, de que essa causa não existe.” [Heisenberg, 1996]

A indeterminação da mecânica quântica representou um duro “golpe” em toda uma tradição de pesquisa que se ancorava na pretensa investigação das leis deterministas do *mundo objetivo* — ou seja, referida aos processos físicos que têm lugar no espaço e no tempo —, independentes de quem investiga (isolando, pois, observador e observado).

Muitos pensadores contemporâneos têm identificado a emergência da física quântica como uma demonstração cabal de que a necessidade é uma simples quimera que deixou de fazer sentido, especialmente após a enunciação do Princípio da Incerteza de Heisenberg (Capra, 1983; Siqueira-Batista *et al*, 2000). Sem embargo, tal posicionamento é equívoco — ou, no mínimo, insuficiente — por pelo menos três motivos:

(1) A física quântica refere-se ao *microcosmo*, o qual “escapa” à possibilidade de experiência corriqueira do homem, ao passo que a mecânica newtoniana permanece

extremamente útil para compreender o mundo ordinário de todos os dias — construir prédios, enviar o homem à lua, e outros (Bunge, 2000).

(2) A indeterminação vem sendo revista a partir do desenvolvimento da matemática do caos, enquanto elegante tentativa para integrar ordem e acaso; neste referencial o caos é entendido como o “*comportamento estocástico que ocorre em um sistema determinístico.*” [Stewart, 1991], ou seja, como um *ruído* presente em um sistema marcado pela necessidade — o exemplo mais claro, e simples, é a iteração de $2x^2 - 1$ (figura 1) —, como bem caracterizado por David Ruelle:

“*Fala-se também de ruído determinista quando se observam oscilações irregulares de aparência aleatória, mas que são produzidas por um mecanismo determinista. Nos fenômenos caóticos, a ordem determinista cria, portanto, a desordem do acaso.*” [Ruelle, 1993]

A aplicação do caos clássico, assim entendido, vem sendo tentada no âmbito do mundo quântico, fazendo com que seja possível antever a superação da indeterminação do microcosmo — quiçá como o sonhado por Einstein. Ainda que se esteja, do ponto de vista teórico, distante de tal perspectiva, tal alcance é vislumbrado pelos matemáticos:

“*Há sempre uma possibilidade de que alguma nova versão da mecânica quântica venha substituir a natureza probabilística da função de onda por algo determinístico, mas caótico.*” [Stewart, 1991]

Neste sentido, mesmo que “Deus jogue dados”, poder-se-á chegar à resposta acerca das regras segundo as quais o Seu jogo é realizado.

(3) Por fim, restará sempre a possibilidade de a indeterminação ser, em última análise, uma conseqüência da ignorância humana acerca das causas. Assim, pois, para Spinoza, as causas são da ordem do infinito e, por conseguinte, imperscrutáveis pela mente humana (Spinoza, 2003). É precisamente neste sentido que se estabelece o determinismo de Henri Atlan:

“*Nossas noções de entropia e ruído são derivadas de noções estatísticas. E, portanto, mais uma vez, não contradizem a idéia do determinismo absoluto. Elas são medidas da nossa ignorância. Mas é óbvio que, embora não contradigam o determinismo absoluto, nada provam acerca dele. Esta é a clássica questão da natureza do acaso: será ele intrínseco, ontológico, ou atribuível apenas à nossa ignorância?*” [Atlan, 2003]

A questão formulada por Atlan — a qual, de certo modo, reatualiza a polêmica *epicuristas versus estóicos* — permanece longe de ser respondida. Nestes termos, pensar a autonomia enquanto *livre-escolha* permanece algo da ordem do possível, mas

sempre com a “sombra” irremovível de uma necessidade, quase destino, que subtrai toda e qualquer possibilidade de decisão autônoma, quer sobre a vida, quer sobre a morte.

Segundo paradoxo: o “caso” da biologia – neurociências e genética

A questão das neurociências e da genética reatualizam, de um modo próprio, o debate determinismo *versus* liberdade (Aleksandrowicz & Minayo, 2005). Em verdade, o que está em jogo é a limitação imposta pela própria biologia humana, na medida em que a existência material — ou corpórea — marca, de modo indelével, toda sorte de restrições, como cansaço, senescência, enfermidade, sofrimento e morte, as quais têm profunda influência sobre a (im)possibilidade de autodeterminação (Borheim, 2002).

As neurociências — conjunto de saberes, de matriz multi e interdisciplinar, que se dedicam ao estudo dos órgãos que compõem o sistema nervoso central, em especial o cérebro —, vem contribuindo de forma significativa, nos últimos 50 anos, para o entendimento dos processos mentais (Lent, 2001; Solso, 2004), dentro de uma perspectiva teórica que propõe a redução destes processos à simples atividade neuronal (Damásio, 2004; Penrose, 1994). Um dos marcos históricos nestas investigações é o famoso “caso Phineas Gage”, ocorrido no século 19. Gage, um operário-padrão — dono de um comportamento exemplar, como atestam diferentes fontes históricas (Lent, 2001) —, sofreu um acidente caracterizado pela penetração de uma barra de ferro na região infra-ocular, a qual emergiu na parte posterior do osso frontal. Tendo sobrevivido ao evento, o enfermo passou a apresentar um comportamento irascível, marcado por explosões de raiva e por profunda irreverência; ademais, perdeu a capacidade de articular idéias e de planejar suas ações, com profundas implicações sobre suas tomadas de decisão (Lent, 2001). A partir de então, inúmeras situações semelhantes foram tornadas públicas na literatura médica internacional, a ponto desta região cerebral — o setor ventromedial do córtex pré-frontal — passar a ser “responsabilizada” por diferentes comportamentos “anti-sociais” e patológicos, culminando na proposição, e realização, de cirurgias mutilantes — a psicocirurgia — em pacientes psiquiátricos (esquizofrênicos, sobretudo) e delinquentes “rebeldes”, com o objetivo de torná-los mais “amáveis”.

Atualmente, as pesquisas voltam-se para a identificação dos circuitos responsáveis pelas atividades de planejamento e tomada de decisão, os quais são esboçados na figura 2 (Posner & Raichle, 1994). Ainda que estes trabalhos estejam em fase bastante inicial, o que está em jogo é a discussão sobre até que ponto os eventos bioquímicos e moleculares cerebrais são responsáveis pelo — ou determinantes do — julgamento de possibilidades e pela tomada de decisões — evidentemente, desde que se aceite que a ciência é realmente capaz de descrever a realidade — tornando o livre-arbítrio uma simples ilusão gerada pela arquitetura cognitiva (Greene & Cohen, 2004).

Neste mesmo plano de confluência teórica se inscrevem os debates sobre a determinação genética do ser humano e de sua vontade. Um dos exemplos mais estaremcedores é o da doença de Huntington, enfermidade genética autossômica dominante, que ocorre por repetições do trinucleotídeo CAG no gene IT15, localizado no braço curto do cromossomo 4 (Peixoto *et al*, 2005). A moléstia tem penetrância completa, de modo que todos aqueles que possuem a alteração genética desenvolverão suas manifestações, mais cedo ou mais tarde, na dependência do número de repetições CAG existentes. Por outro lado, aqueles indivíduos que apresentem trissomia da banda cromossômica 21q22 exibirão *necessariamente* a síndrome de Down, enquanto uma duplicação de cromossomos X em associação a um Y (cariótipo XXY) *determinará* a síndrome de Klinefelter (Money *et al*, 1974; Moreira *et al*, 2000).

Há uma determinação genética absoluta nestes casos? Ao que parece, sim, na medida em que as observações realizadas até o presente momento corroboram tais resultados, colocando em questão toda a polêmica acerca do determinismo genético (Beckwith, 2002; Penchaszadeh, 2004), modelo segundo o qual “*os genes possuem a explicação final para muitas características dos organismos vivos*” (Penchaszadeh, 2004). Sem embargo, esta perspectiva reducionista — o homem restringido aos seus genes — é fortemente contestada por uma série de evidências científicas (Menck & Sluys, 2004). Assim, pois:

“*Os genes são certamente importantes para determinar a identidade biológica do indivíduo humano, mas não são tudo para determinar a identidade de um indivíduo, visto que determinam uma limitação do possível mas dificilmente determinam, sozinhos, um destino.*”
[Schramm, 2000a: 189]

Não é difícil compreender tal ponderação, à luz da distinção entre as duas “naturezas” humanas: *bioecológica* ou “primeira natureza”, propriamente natural; e

técnico-lingüística ou “segunda natureza”, engendrada no plano simbólico, as quais interagem e se condicionam fluida e mutuamente (Schramm, 1996). Em última análise, não parece ser possível defender que a primeira determine peremptoriamente a segunda, na medida em que ambas são dimensões distintas, ainda que solidárias na constituição do *Homo sapiens sapiens*.

Todavia, mesmo que o determinismo genético possa ser rechaçado, a questão da necessidade permanece em aberto, na medida em que a combinação do patrimônio genético e das condições materiais de existência (para lembrar Marx) de uma pessoa estipulem seu desenvolvimento, de modo irrevogável:

“O genoma não determina diretamente o fenótipo; ele determina uma norma de reação, que é todo o repertório das vias alternativas de desenvolvimento e metabolismo que podem ocorrer nos portadores de um dado genoma em todos os ambientes possíveis, favoráveis e desfavoráveis, naturais ou artificiais. Em suma, o genoma não determina o fenótipo, mas estabelece uma gama de possibilidades. Qual fenótipo se concretizará vai depender do ambiente e de suas interações com o genótipo.” [Pena, 2004: 189]

Esta perspectiva é trabalhada em *Os meninos do Brasil*, um filme de Franklin J. Schaffner, no qual o médico nazista Joseph Mengele planeja gerar novos Führer (Schaffner, 1978). Para isto, clona o material genético de Hitler, produzindo zigotos, os quais são implantados nos úteros de um grupo selecionado de mulheres pertencentes a estruturas familiares que reproduzem o *modus vivendi* no qual o líder nazista foi criado.

Com base nestas considerações percebe-se que todo este tecido, composto a partir dos discursos relativos à biologia [humana], parece remeter a uma situação de impossibilidade de livre-arbítrio, como na afirmação de Erasmo G. Mendes:

“[...] esses resultados [da neurofisiologia e da genética] indicariam fortemente uma predeterminação do comportamento humano, dificultando a aceitação de uma liberdade da vontade, nos moldes em que ela é tradicionalmente aceita por muitos estudiosos.” [Mendes, 1998: 222]

Terceiro paradoxo: Schopenhauer, Nietzsche, Freud e o Inconsciente

O grande edifício teórico proposto por Kant desempenhou um papel decisivo no pensamento ulterior, com inquestionável influência na filosofia dos séculos 18 e 19, especialmente nas questões epistemológicas — como no caso do construtivismo (Garcia, 2000) — mas, também, nas discussões em âmbito moral, como anteriormente

apresentado. Sem embargo, diferentes autores questionaram os pressupostos do racionalismo ético kantiano, cabendo destaque a Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche e Sigmund Freud, os quais merecerão breve comentário.

A principal obra de Schopenhauer, o *Mundo como vontade e representação*, alberga uma importante crítica ao ideário iluminista (Schopenhauer, 2001a). O filósofo mantém a distinção kantiana entre *fenômeno* e *númeno*, mas caracteriza-os, respectivamente, como *representação* e *vontade*. O primeiro compreende a realidade empírica, ou seja, constituída de “coisas” tais como são conhecidas pelos sentidos, as quais se originam a partir da apreensão, pelo sujeito, do *mundo em si*. Este é o horizonte da *Representação (Vorstellung)*, a qual não existe em si mesma, “apresentando-se” quando recebe sua estrutura por meio das *formas cognitivas* intrínsecas àquele que conhece (Schopenhauer, 2001a). Ao contrário, o *mundo em si* é constituído por uma *essência* intangível, a *Vontade (Wille)*, cega e irracional — e não mais *das gute Wille*, a boa vontade kantiana —, que só faz desejar e querer incessantemente (Barbosa, 2003; Schopenhauer, 2001a). Tudo o que se apresenta como existência singular — coisas e indivíduos — possui, em última análise, uma *vontade* subjacente — a qual permanece após a extinção da existência individual —, matriz de um anseio inextirpável e insaciável, o qual se constitui nos viventes como *vontade de vida*. Deste modo, para Schopenhauer, o elemento primário nos seres humanos é a vontade — irracional —, e não o intelecto — racional —, reconhecido como secundário e submetido à primeira (Janaway, 2003). Tal formulação é reconhecida, por alguns autores, como um gérmen da idéia freudiana de inconsciente (Zentner, 1995).

A subversão instituída por Schopenhauer torna-se clara, mesmo nesta sumária exposição. Na verdade, o indivíduo autônomo da moral kantiana desmorona, na medida em que (1) este é uma efêmera organização temporal de algo muito maior, a *vontade*, a qual é (2) capaz de determinar — ainda que não em um esquema convencional *causa-efeito* —, a partir de um desejo irrefreável, suas escolhas pretensamente livres e racionais, abrindo-se (3) a perspectiva para o reconhecimento de uma instância para além da consciência, capaz de se impor a esta última. Assim, pois, em um trabalho posterior, Schopenhauer é categórico em rejeitar que o fundamento da moral esteja no uso imparcial da razão, situando-o, outrossim, no âmbito da compaixão (Schopenhauer, 2001b).

Uma substantiva apreciação da ética kantiana foi conduzida por Nietzsche, o qual, na *Genealogia da Moral* e em *Além do Bem e do Mal*, procede uma genuína desconstrução dos pressupostos racionalistas de Kant (Schramm, 1998), na esteira de sua encarniçada crítica à metafísica clássica (Cunha, 2003). No primeiro ensaio, o filósofo tenta “desvendar” a gênese das concepções éticas tradicionais, denunciando a “moral do rebanho”, fraca, impotente e ressentida (Nietzsche, 1987). Na segunda obra, busca a *transmutação de todos os valores*, demolindo, a golpes de martelo, o pífio maniqueísmo da cultura ocidental — o bem *versus* o mal —, como explícito no aforismo “*O que uma época percebe como mau é geralmente uma ressonância anacrônica daquilo que um dia foi considerado bom — o atavismo de um antigo ideal.*” (Nietzsche, 1992:79). Contrapondo-se a isto, são erigidas a vontade, a criatividade e o sentimento estético como genuínas afirmações da vida (Nietzsche, 1992).

Ademais, Nietzsche também subverte completamente a idéia de *das gute Wille* — em certa medida na “esteira” de Schopenhauer —, demonstrando que a ela subjaz a *vontade de poder* e o *ressentimento* advindo de seu não alcance (Nietzsche, 1987; Nietzsche, 1992). Mais uma vez, o indivíduo autônomo — capaz de enunciar, e aderir, ao imperativo categórico — é colocado na berlinda. Entretanto, a ruptura não é completa: a proposta nietzschiana para sobrepor o, ou ir além do, ressentimento — a partir da imagem do *Übermensch*, o *sobre-Homem* —, mantém (e agudiza) a perspectiva voluntarista da ética de Kant, ainda que atrelando o querer humano à irracionalidade (como Schopenhauer).

A despeito das anástrofes construídas por Schopenhauer e Nietzsche, é a psicanálise de Freud que descentrará definitivamente, por assim dizer, o sujeito racional kantiano de seu lugar privilegiado para o julgamento/ação moral (Birman, 1995). O ponto de partida para a compreensão de uma tal assertiva é reconhecer a centralidade do inconsciente (*das Unbewusste*) na teoria psicanalítica:

“[...] *se fosse preciso concentrar em uma palavra a descoberta freudiana, essa palavra seria incontestavelmente a de inconsciente*” [Laplanche & Pontalis, 1970]

A descrição do inconsciente pode ser erigida a ponto de inflexão desta descentralização do sujeito do iluminismo, na medida em que expõe, de forma virtualmente incontestável, o quão limitada é a concepção que entende os processos psíquicos apenas nos seus aspectos conscientes, como no dizer de Garcia-Roza:

“Assim, enquanto Descartes pensava o eu como uma entidade original, Freud o pensa como engendrado; enquanto Descartes nos fala do sujeito da ciência, Freud nos fala do sujeito do desejo. Antes de Freud o sujeito se identificava com a consciência; a partir de Freud temos que nos perguntar por esse sujeito do inconsciente e por sua articulação com o sujeito consciente.” [Freud, 1974a: 230]

De fato, partindo de sua compreensão de que a distinção entre consciente e inconsciente é a matriz da psicanálise (Freud, 1974b), Freud contesta a autotransparência da razão, explicitando que as *causas* últimas dos atos humanos estão relacionadas à libido — determinada por Eros e Tanatos. Ademais, este comentário ressalta um aspecto significativo da concepção de sujeito freudiano, que é a sua clivagem em consciente e inconsciente; ou seja, trata-se de uma subjetividade cindida e instituída por duas sintaxes díspares.

Mas, qual a real dimensão do inconsciente? Freud descreve-o a partir de suas investigações sobre os fenômenos lacunares — o sonho, o lapso, o ato falho, o chiste e os sintomas (Garcia-Roza, 1988) — identificando seu núcleo com “*impulsos carregados de desejo*” [Freud, 1974a]. Características importantes do inconsciente incluem a ausência de temporalidade e a existência de uma ordenação, uma sintaxe, que Lacan reconhece como linguagem (Lacan, 1966). Ademais, o inconsciente não pode ser identificado com uma região “profunda” da consciência — obscura, instintiva e ilógica — e, tampouco, como uma substância, ou seja, não é uma “coisa” e, também, não “ocupa” um lugar. Em última análise, o inconsciente é uma forma, um *modus operandi* distinto da consciência, segundo o qual seus conteúdos se ordenam. Estes, por seu turno consistem em representações (*Vorstellungen*), inscrições da pulsão nos sistemas psíquicos.

Tal concepção de inconsciente tem ainda como elemento fundamental a negação da pura e simples arbitrariedade dos eventos psíquicos, afirmando, ao seu modo, uma modalidade de determinismo com profundas implicações nas operações conscientes:

“[...] os acontecimentos psíquicos são determinados. Não há nada arbitrário neles. De modo bastante geral, pode-se demonstrar que se um elemento é deixado indeterminado por um certo encadeamento de pensamentos, sua determinação é imediatamente efetuada por um outro. Por exemplo, posso tentar pensar arbitrariamente num número, mas isso é impossível: o número que me ocorrer será inequívoca e necessariamente determinado por pensamentos meus, embora eles possam achar-se afastados de minha intenção imediata.” [Freud, 1974c: 548-549]

Esta determinação psíquica é incompatível com a autonomia iluminista, na medida em que o inconsciente dita as preferências e opções aparentemente livres que se estabelecem como “suposto” produto da atividade consciente, a ponto de ser possível dizer que “*Freud coloca por terra o livre arbítrio*” (Braz, 1999).

Mas esta não é a única determinação proposta pela psicanálise. Um outro aspecto desenvolvido na segunda tópica — na qual há um “deslocamento” da antiga tríade consciente / inconsciente / pré-consciente para uma nova, ego, Id e superego — é a participação do processo civilizador na formação do psiquismo, aquela entendida como renúncia imposta pela cultura (Ricoeur, 1977). O que merece ser destacado, no contexto desta breve discussão, é o conceito de *superego*, herdeiro do complexo de Édipo e modelo do superego dos pais. Freud atribui-lhe uma tríplice função: (1) de auto-observação, (2) de ideal do ego e (3) de consciência moral (Freud, 1974d). Neste último ponto, há uma tentativa, por parte do psicanalista, de identificá-lo com o imperativo categórico kantiano:

“[...] o tabu, para dizer a verdade, continua a existir entre nós; ainda que formulado negativamente e referido a outros objetos, ele não é outra coisa, na sua natureza psicológica, que o ‘imperativo categórico’ de Kant que pretende ter um efeito compulsivo e recusa toda motivação consciente.” [Freud, 1974e]

Este aspecto tem sido motivo de acirradas controvérsias entre os comentaristas de Freud, alguns identificando como errônea a aproximação do psicanalista (Fulgencio, 2001), outros ressaltando sua relevância para compreensão do pensamento kantiano (Ferraz, 1994). Pode-se argumentar que Freud “assimila” a crítica hegeliana a Kant (Hegel, 1992), no horizonte de questionamento sobre as condições para o advento da consciência / sujeito transcendental. De todo modo, o próprio Freud reconhece que seu tabu — o imperativo categórico (Ferraz, 1994) — “*rejeita quaisquer motivos conscientes*” (Freud, 1974e), algo afim à “leitura” realizada por Jacques Lacan:

“A lei moral, examinada de perto, não é outra coisa senão o desejo em estado puro, aquele mesmo que termina no sacrifício, propriamente falando, de tudo o que é objeto de amor em sua ternura humana.” (Lacan, 1977: 260).

O panorama estabelecido a partir das críticas formuladas por Schopenhauer, Nietzsche e Freud alteraram, radicalmente, o ideário, até então vigente, de um sujeito capaz de pensar e agir motivado por uma razão albergadora de idéias claras e distintas e/ou capaz de se constituir como um verdadeiro tribunal, no qual são julgados, de forma

autônoma e imparcial, os diferentes aspectos relativos ao conhecimento e à moral. Ser e pensar deixam de ser coincidentes — dimensão que pode ser recuperada na própria nascente do pensamento ocidental, em um filósofo tão originário quanto Parmênides de Eléia (Kirk *et al*, 1994) —, a ponto de Lacan poder formular uma afirmação tão impactante — e elucidativa — quanto “*penso onde não sou, portanto sou onde não penso*”.

Quarto paradoxo: indivíduo *versus* coletivo e as tensões entre autonomia e justiça

O equilíbrio entre autonomia e justiça nas sociedades democráticas permanece como uma grande dificuldade a ser enfrentada, como esclarecido por M. Kottow:

“*Quanto mais autonomia requer uma pessoa, menor a possibilidade de se respeitar os outros princípios, já que aumentam os riscos de ferir aos outros, de negar-lhes beneficência ou atentar contra a justiça.*” [Kottow, 2000: 42].

Um ponto nevrálgico da tensão autonomia / justiça é a tentativa, muitas vezes frustrada, de se compor o respeito à *liberdade individual* e à *igualdade*, na medida em que o primeiro termo pressupõe, em sua essência, que a desigualdade porventura existente entre os sujeitos autônomos deve não apenas ser respeitada, mas também estimulada, na medida em que propicia um incremento enriquecedor no número de vozes nos agrupamentos humanos laicos e plurais. Esta posição teórica tem como importantes expoentes os pensadores H. Tristram Engelhardt Jr. e Richard Nozick, os quais defendem uma ampla liberdade do indivíduo, com mínima intervenção do Estado, quando muito para garantir, justamente, a liberdade individual (Engelhardt Jr., 1998; Nozick, 1991). Neste âmbito cabe a interrogação sobre o grau de autonomia *efetiva* de pessoas que, por conta de um estado de profunda desigualdade — como no caso da sociedade brasileira (Minayo 2001; Rocha, 2003; Siqueira-Batista, 2005) —, encontram-se alijadas das mínimas condições para se manterem dignamente. Estas e outras indagações ganham contornos bastante próprios no seio nas democracias contemporâneas, como demarcado na notável crítica articulada por Alexis de Tocqueville:

“*O individualismo origina-se da democracia [...] Na medida em que as condições se tornam iguais, aumenta o número de indivíduos que, já não sendo ricos ou poderosos o bastante para exercer grande influência sobre o destino de seus semelhantes, conservaram ou adquiriram, não obstante, instrução e bens suficientes para bastar-se a si mesmos. Nada devem*

a ninguém; habitua-se a considerar-se sempre de forma isolada e até imaginam que seu destino esteja em suas mãos. Assim, a democracia não só leva cada homem a esquecer-se de seus antepassados, mas também lhe esconde seus descendentes e o separa de seus contemporâneos; sem cessar, ela o traz de volta a si mesmo, ameaçando enclausurá-lo inteiramente na solidão de seu próprio coração.” [Tocqueville, 1994: 117; grifo dos autores]

O excerto de Tocqueville apresenta as interfaces da inserção dos indivíduos no ordenamento democrático, chegando a comentar criticamente a existência [questionável] de um certo senso de *empoderamento* de sua própria jornada de vida. A contrapartida deste “efeito adverso” — individualismo — seria o ideologia *coletivista*, segundo a qual o coletivo alcançaria uma substancialidade, capaz de justificar sua prioridade sobre os anseios dos indivíduos tomados isoladamente:

“A pretensão de localizar ‘o ser social’ em algum tipo especial de substância se justificaria como decorrência do fato de que a vida social apresenta informações e significados que não têm como ser encontrados no plano da vida atomizada dos indivíduos. Afora isso, a existência da substância que encarna o social despontaria como constatação capaz de prover legitimação a um tipo de modelo de ordem social em que a totalidade persegue finalidades, as relativas ao Bem Comum, eticamente superiores aos interesses particulares dos indivíduos.” [Oliva, 1999: 17-18; grifo do original]

Este plano de discussão vem se estabelecendo desde o século 19 — como na distinção durkheimiana entre *solidariedade mecânica* e *solidariedade orgânica*, respectivamente referidas aos estágios iniciais (prioridade no indivíduo) e maduros (prioridade no coletivo, em um sentido orgânico, formulado em termos de uma metáfora biológica) das organizações sociais (Durkheim 1982) —, acirrando-se, especialmente, após a Revolução Russa de 1917 (Nivat, 1998). De fato, no século 20, as reflexões e contestações agudizaram-se em torno de matizes predominantemente ideológicos, estabelecidos na oposição entre *coletivismo* (identificado com o *holismo*) — orientação que ressalta o cumprimento das obrigações com os demais, no sentido de seguir as determinações do grupo de pertença, o qual é considerado mais importante do que a própria pessoa em si (Gouveia *et al*, 1998) — e *individualismo* — concepção que enfatiza a individualidade, tratada em termos de independência das demais pessoas e dos grupos, sem que haja constituição de um genuíno senso de pertencimento (Gouveia *et al*, 2003).

Este é um dos grandes desafios na construção das sociedades contemporâneas, no que a bioética (Kottow, 2001; Schramm & Kottow, 2001; Selli & Garrafa 2005), juntamente com a filosofia política, pode desempenhar um papel de vanguarda, especialmente ao denunciar os preconceitos e manipulações que subjazem a estas ordens discursivas:

“Por mais que consigam demonstrar seu poder de explicar as entidades, os processos e as relações, as teorias sociais holistas e individualistas estão sujeitas às mais diferentes formas de manipulação ideológica. [...] Tanto na arena dos embates ideológicos quanto na pesquisa social empírica, uma das principais fontes de diferenciação entre as correntes de pensamento é a da concessão de primazia — ontológica, epistemológica e ética — ou bem a coletivos ou bem a indivíduos.” [Oliva, 1999: 165]

Sob este acirrado debate entre *individualismo* e *coletivismo*, como compor, sem fundamentalismos e extremismos, autonomia e justiça, de modo que os sujeitos possam desempenhar sua (possível) autodeterminação no sentido de atingir genuínas escolhas para sua própria vida? Uma vez mais, neste contexto, a autonomia aparece como um “devaneio” inalcançável, em suas diferentes instâncias:

“A autonomia econômica é uma ficção, num mundo em que as principais decisões macroeconômicas são tomadas por bancos centrais estrangeiros e por conselhos de administração de empresas transnacionais, em que a volatilidade dos mercados financeiros impede qualquer planejamento a longo prazo, e em que as inovações tecnológicas têm origem externa. A autonomia política se torna relativa, quando se leva em conta que as decisões políticas que mais diretamente afetam nossas vidas foram tomadas fora de nossas fronteiras [...] a autonomia cultural é uma fraude para aqueles que ficam indefesos diante dos aparelhos ideológicos e que são meros consumidores passivos de bens culturais sobre cuja produção e distribuição não têm qualquer controle.” [Rouanet, 2002: 241]

Diante de todos estes paradoxos — determinação da realidade física / biológica, dos processos psíquicos e impossibilidades conceituais para exercício da liberdade dentro de coordenadas sociais — seria ainda factível pensar em autonomia (mais propriamente, do indivíduo, para decidir sobre sua vida ou morte)?

Controvérsias finais: enfim, há escolha autônoma em relação à eutanásia?

A despeito de sua relevância teórica, o conceito de autonomia tem se mostrado bastante problemático (Homan, 2003), na medida em que sua formulação e aplicação têm redundado na produção de uma série de aporias — em diferentes planos de

discussão —, como se tentou demarcar ao longo deste ensaio. As discussões ora entabuladas podem ser sumarizadas em dois grupos principais de indagações, a saber, (1) o determinismo absoluto e (2) a impossibilidade de resolver a tensão entre individual e coletivo.

A primeira questão, e mais complexa, como visto, está na agenda da *logomaquia* filosófica desde a Antigüidade, o que demonstra as dificuldades para o seu tratamento conceitual. Na verdade, o modo segundo o qual a pergunta vem sendo formulada parece tornar impossível qualquer escapatória — caracterizando, assim, uma aporia genuína no âmbito do pensamento e da cultura —, uma vez que (1) o *acaso* esvazia a possibilidade de fundação da ciência, na medida em que às leis naturais sempre se oporá o evento fortuito, inviabilizando assim sua aplicação irrestrita — mesmo no território da mecânica quântica há autores que questionam a indeterminação, mantendo a crença de que o avanço do conhecimento permitirá o ocaso desta forma de probabilismo (Stewart, 1991) — e (2) a *necessidade* estrita torna a ética impensável, na medida em que extingue a possibilidade de se agir livremente, tal qual o colocado pelo bioeticista Marco Segre:

“Mas, se por outro lado eu não tiver a crença de que há uma certa margem de autonomia, que me dá condições de pensar, de refletir sobre tudo (volto a citar o velho Kant, que dizia que todo homem, que quiser, tem condições de ser um legislador universal) — se eu não tiver essa crença, cairá por terra qualquer pretensão de poder realizar uma análise ética.” [Segre, 2002: 23]

Assim, em termos lógicos, aquiescer teoricamente ao acaso ou ao determinismo, representaria uma adesão excludente à possibilidade de agir eticamente ou de conhecer [definitivamente] a realidade, respectivamente. Sem embargo, pode-se pensar uma via de escape para tal paradoxo, na medida em que se esvazia o núcleo do determinismo: a *causalidade*. Para isto, pode se recorrer, uma vez mais, a David Hume:

“Quando olhamos para os objetos ao nosso redor e consideramos as operações das causas, não somos jamais capazes de identificar, em nenhum caso singular, nenhum poder ou conexão necessária, nenhuma qualidade que ligue o efeito à causa e torne o primeiro uma consequência infalível da segunda.” [Hume, 1999. p. 88-97]

A causalidade seria assim, para Hume, uma expressão do modo a partir do qual o ser humano articula as informações provindas do real, sem que nada possa ser afirmado em relação à sua existência. O que aqui entra em jogo é o sentimento de

crença — acreditar que o “anterior” e o “posterior” são ligados por um “fio”, a *causalidade*. Tal foi a constatação que permitiu a Kant estabelecer que as categorias *a priori* — como, por exemplo, a causalidade —, eram parte do “aparato cognitivo” do sujeito. Tal constatação desloca, claramente, o debate do determinismo. Se a causalidade não está “nas coisas” — ou seja, não pertence ao real —, então não faz sentido se perguntar sobre o determinismo, esvaziando-se assim a questão da existência, ou não, do *livre-arbítrio*. Esta é uma “saída pela tangente”, é bem verdade, representando, em última análise, uma alternativa para ir além de tal aporia.

O segundo problema, as relações entre indivíduo e coletividade — ou, em outros termos, entre autonomia e justiça —, é mais recente — um subproduto da modernidade —, mas igualmente complexo no seu manejo, como o esboçado no “quarto paradoxo”. Entretanto, nos contextos em que a justiça possa ser compreendida como equidade — como em Aristóteles (1985) e Rawls (1997), por exemplo — alternativas podem ser pensadas, com propostas de equilíbrio entre os extremos de individualistas/egoístas e coletivistas/totalitários. Nesta perspectiva se incluem os trabalhos de Amartya Sen, economista indiano que pensou uma *igualdade complexa* (Siqueira-Batista & Schramm, 2005b), a partir da caracterização e delimitação de (1) *capacidades*, referidas à *liberdade* efetiva que um indivíduo tem para escolher diferentes tipos de vida — entre as alternativas possíveis —, tornando factível a opção por realizar distintos grupos de (2) *funcionamentos*, os quais representam partes do estado de uma pessoa — em particular, as coisas que logra fazer um vivente, podendo variar desde os mais simples — como estar bem nutrido, educado e instruído, livre de doenças evitáveis e da morte prematura —, até os mais complexos — como ter auto-respeito, ser capaz de tomar parte na vida em comunidade, estar feliz, entre outros (Schramm, 2000a; Sen, 1996; Sen, 2001). Eles dão, assim, uma medida dos elementos constituintes do bem-estar para *aquela* pessoa.

A abordagem com base nas *capacidades* e *funcionamentos* constitui um grande avanço no debate sobre autonomia e justiça, pois representa uma visão dos propósitos humanos não detida no espaço do “ter”, se inscrevendo, outrossim, no espaço do “fazer” e do “ser” (Kerstenetzky, 2000), abolindo a determinação heterônoma do que deve ser igualado, passando a voz de escolha ao titular da própria existência. Há, deste modo, a

integração de uma saudável distribuição de meios plurais para a realização de uma multiplicidade de anseios e valores caros para aquele que detém a escolha.

A reflexão entabulada por Amartya Sen detém grande refinamento conceitual, possibilitando um interessante equacionamento entre autonomia e justiça. Entretanto, pode-se reiterar todas as interrogações acerca da possibilidade de escolhas livres e genuínas e, ademais, as concepções senianas de *capacidades* e *funcionamentos* pressupõem uma radical transformação social, capaz de alcançar horizontes muito mais amplos, “quase” revolucionários, difíceis de serem concebidos na hodierna ordem mundial.

Após todas estas digressões — nas quais se procurou tensionar, virtualmente esgarçar, o conceito de autonomia, expondo suas aporias e inconsistências — o que se pode pensar sobre a livre decisão de pleitear para si a eutanásia?

Esta questão não pode ser respondida, sem que isto, no entanto, seja justificativa para se impedir a ação. Na verdade, em meio a tantas — e tamanhas — dificuldades para se sustentar a autonomia, o que se pode fazer é reconhecer inequivocamente que (1) a eutanásia poderá se tornar uma saída para aquele humano que sofre de modo insuportável, e (2) que sua concretização dependerá do acolhimento incondicional por parte de um outro — um profissional de saúde, por exemplo —, capaz de compreender a dimensão do martírio enquanto lídima *morte em vida*. E esta acolhida, um genuíno ato de compaixão, pode ser radical a ponto de se reconhecer que o desejo de morrer — determinado ou não — de um sujeito, para o qual sua condição existencial se torna extenuante demais, é suficientemente valioso para que não se considere gravemente a possibilidade de se concretizá-lo... mesmo que tudo o mais — a vida, o nascer e o morrer, o pensar e o sentir —, não passem de uma profunda e incógnita ficção...

Referências Bibliográficas

- Aleksandrowicz AMC & Minayo MCS 2005. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(3):513-526.
- Arendt H 1995. *A vida do espírito*. Relume Dumará / Editora da UFRJ, Rio de Janeiro.
- Aristóteles 1985. *Ética a Nicômaco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- Aristóteles 2000. *A Política*. Coleção Os Pensadores. Nova Cultural, São Paulo.

- Atlan H 1992. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- Atlan H 2003. Ruído e determinismo: diálogos espinosistas entre antropologia e biologia. *Maná* 9(1):123-137.
- Barbosa J 2003. *Schopenhauer*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Beauchamp TL & Childress JF 2002. *Princípios de ética biomédica*. Loyola, São Paulo.
- Beckwith J 2002. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, pp 465-477. In RA Medronho (org.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo.
- Birman J 1995. Estranhas passagens, entre estesia e alteridade: sobre a problemática do sujeito no discurso freudiano. *Cadernos de Subjetividade* 3(2):211-242.
- Bohr N 1995. *Física Atômica e Conhecimento Humano*. Contraponto, Rio de Janeiro.
- Bornheim GA 2002. As medidas da liberdade, pp 41-57. In A Novaes (org.). *O avesso da liberdade*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Braz M 1999. Autonomia: onde mora a vontade livre?, pp. 91-100. In F Carneiro. *A moralidade dos atos científicos*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Bunge M 2000. *Física e Filosofia*. Perspectiva, São Paulo.
- Capra F 1983. *O Tao da física*. Cultrix, São Paulo.
- Cardoso C 1987. *A cidade-estado antiga*. Ática, São Paulo.
- Costa CRBSF & Siquiera-Batista R 2004. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Revista Brasileira de Educação Médica* 28(3):242-250.
- Cunha MHL 2003. *Nietzsche espírito artístico*. Editora Cefil, Londrina.
- Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM & Damasio AR 1994. The returns of the Phineas Gage: the skull of a famous patients yields clues about the brain. *Science* 264:1102-1105.
- Damásio, António. Como o cérebro cria a mente. *Scientific American*, 2004.
- Deleuze G 1998. *Lógica do Sentido*. Perspectiva, São Paulo.
- Descartes 1952. *Les principes de la philosophie*. Gallimard, Paris.

- Descartes 1977. *Discurso do método*. Europa-América, São Paulo.
- Descartes 2000. *Meditações metafísicas*. Martins Fontes, São Paulo.
- Diógenes Laértios 1977. *Vidas e doutrinas dos Filósofos Ilustres*. Editora da Universidade de Brasília, Brasília.
- Dumont L 1983. *Essai sur l'individualisme*. Sueil, Paris.
- Durkheim É 1982. *La división del trabajo social*. Akal Editor, Madri.
- Engelhardt Jr. HT 1996. *The foundations of bioethics*. 2nd ed. Oxford University Press, London.
- Ésquilo 1989. *Prometeu acorrentado*. In Teatro grego. Cultrix, São Paulo.
- Ferraz FC 1994. *A eternidade da maçã: Freud e a ética*. Escuta, São Paulo.
- Freud S 1974a. O Inconsciente. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Volume XIV. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1974b. O ego e o id. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Volumes IV e V. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1974c. A interpretação dos sonhos. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Volumes IV e V. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1974d. Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Volume XXII. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1974e. Totem e tabu. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Volume XIII. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Fulgencio L 2001. Comentários críticos das referências textuais de Freud a Kant. *Psicologia USP* 12(1):49-87.
- Gandillac M 1995. *Gêneses da modernidade*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- García R 2000. Planteo construtivista del problema del conocimiento, pp.39-63. In: R Garcia. *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*. Gedisa, Barcelona.
- Garcia-Roza LA 1988. *Freud e o inconsciente*. 4^a ed. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- Gazolla R 1999. *O ofício do filósofo estóico*. São Paulo, Loyola.

- Gilson E 1998. *A filosofia na Idade Média*. Martins Fontes, São Paulo.
- Gouveia VV, Clemente M & Vidal MA 1998. España desde dentro: el individualism y el colectivismo como rasgos diferenciadores de las comunidades autónomas. *Sociedad y Utopia. Revista de Ciencias Sociales* 11, 167-179.
- Gouveia VV, Andrade JM, Milfont TL & Santos WS 2003. Dimensões normativas do individualismo e coletivismo: é suficiente a dicotomia pessoal vs. Social? *Psicologia: Reflexão e Crítica* 16, 223-234.
- Greene J & Cohen J 2004. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Philosophical Transactions of Royal Society of London* 359:1775–1785.
- Hegel GWF, 1964. *Estética* [O belo artístico ou o ideal]. Guimarães Editores, Lisboa.
- Hegel GWF 1992. *A fenomenologia do espírito*. Vozes, Petrópolis.
- Heisenberg W 1996. *A parte e o todo*. Contraponto, Rio de Janeiro.
- Homan RW 2003. Autonomy reconfigured. *Perspectives in Biology and Medicine* 46(1): 96-108.
- Hume D 1999. *Investigação Sobre o Entendimento Humano*. São Paulo: Ed. Universidade Estadual de São Paulo, 1999.
- Jaeger W 1991. *Cristianismo primitivo e paidéia grega*. Edições 70, Lisboa.
- Jaeger W 1995. *Paidéia: a formação do homem grego*. 3ª ed. Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- Janaway C 2003. *Schopenhauer*. Loyola, São Paulo.
- Jauss HR 1978. *Pour une esthétique de la réception*. Gallimard, Paris.
- Kant I 1787. *Kritik der praktischen Vernunft*. Hartknoch, Riga.
- Kant I 1960. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Edições 70, Lisboa.
- Kant I 1966. *Crítica da Razão Pura*. Edições de Ouro, Rio de Janeiro.
- Kerstenetzky CL 2000. Desigualdade e pobreza: Lições de Sen. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 15(2): 113-122.
- Kirk GS, Raven JE & Schofield M 1994. *Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

- Kottow M 1995. *Introducción a la Bioética*. Universitária: Santiago.
- Kottow M 2000. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Revista Brasileira de Educação Médica* 24(3):40-45.
- Kottow M 2001. Public health and individual morbidity. *Cadernos de Saúde Pública* 17(4):772-773.
- Jones PV 1997. *O mundo de Atenas*. Martins Fontes, São Paulo.
- Laín Entralgo P 1987. *La medicina hipocrática*. Alianza Editorial, Madri.
- Lacan J 1966. *Écrits*. Seuil, Paris.
- Lacan J 1977. *El Seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. S. Barral, Barcelona.
- Laplace PS 1884. *Oeuvres completes*. Gauthier-Villars, Paris.
- Laplanche J & Pontalis JB 1970. *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes, Lisboa.
- Legrand G 1997. *Os pré-socráticos*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- Lent R 2001. *Cem bilhões de neurônios*. Atheneu, São Paulo.
- Lucrece 1978. *De la nature*. Belles Lettres, Paris.
- Marcondes D 1997. *Iniciação à história da filosofia*. 2ª ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Marx K 1980. *Diferença entre as filosofias da natureza em Demócrito e Epicuro*. Global, São Paulo.
- Menck CFM & Sluys MAV 2004. Fundamentos de biologia molecular, pp 3-23. In L Mir (org.). *Genômica*. Atheneu, São Paulo.
- Mendes EG 1998. Determinismo e liberdade da vontade: o enfoque biológico. *Estudos Avançados* 12(32):213-224.
- Minayo MCS 2001. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(1): 7-19.
- Mondolfo R 1965. *O pensamento antigo*. Volume II. Editora Mestre Jou, São Paulo.
- Mondolfo R 1968. *O homem na cultura antiga – A compreensão do sujeito humano na cultura antiga*. Mestre Jou, São Paulo.

- Money J, Ancecillo C, Van Orman B & Borgaonkar DS 1974. Cytogenetics, hormones, and behavior disability: Comparison of XXY and XYY syndromes. *Clinical Genetics* 6(5):370-4
- Monod J 1972. *O acaso e a necessidade*. 3^a ed. Vozes, Petrópolis.
- Moreira LMA, El-Hani CN & Gusmão FAF 2000. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(2): 96-99.
- Moureau J 1982. *Espinosa e o espinosismo*. Edições 70, Lisboa.
- Newton I 1978. *Mathematical principles of natural philosophy*. Britannica Great Books, Chicago.
- Nietzsche F 1987. *A genealogia da moral*. Brasiliense, São Paulo.
- Nietzsche F 1992. *Além do bem e do mal*. Companhia das Letras, São Paulo.
- Nivat G 1998. Elementos milenaristas na Revolução Russa. *Estudos Avançados* 12(32):57-68.
- Nozick R 1991. *Anarquia, Estado e Utopia*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Oduncu FS 2003. Euthanasia: killing as due care? *Wien Méd Wochenschr* 153(17-18):387-391.
- Oliva A 1999. *Conhecimento e liberdade*. 2^a ed. EDIPUCRS, Porto Alegre.
- Palácios M, Rego STA & Schramm FR 2002. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, pp 465-477. In RA Medronho (org.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo.
- Pascal G 2001. *O pensamento de Kant*. 7^a ed. Vozes, Petrópolis.
- Peixoto JCF, Santos EA, Paulino AT, Fraia CGPP, Borlot PEW, Santos SS & Gomes AP 2005. Aspectos etiopatogênicos da doença de Huntington. *Jornal Brasileiro de Medicina* 88(3):47-51.
- Pena SDJ 2004. Medicina genômica, pp 185-194. In L Mir (org.). *Genômica*. Atheneu, São Paulo.
- Penchaszadeh VB 2004. Problemas éticos do determinismo genético. *Bioética* 12(1): 61-68.
- Pensrose R 1994. *Shadows of the mind*. Oxford University Press, Oxford.

- Platão 1979. *Fédon*. 2ª ed. Abril Cultural, Rio de Janeiro.
- Posner MI & Raichle ME 1994. *Images of mind*. Scientific American Library, New York.
- Rawls J 1997. *Uma Teoria da Justiça*. Martins Fontes, São Paulo.
- Reale G 1999a. *História da filosofia antiga*. Volume I. Loyola, São Paulo.
- Reale G 1999b. *História da filosofia antiga*. Volume V. Loyola, São Paulo.
- Ricoeur P 1977. *Da interpretação: ensaio sobre Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- Rios AR 1996. A vontade entre a Grécia clássica e o Cristianismo, pp 13-20. In LA De Boni (org.). *Idade Média: ética e política*. 2ª ed. EDIPUCRS, Porto Alegre.
- Rocha S 2003. *A Pobreza no Brasil: Afinal, do que se Trata?* FGV Editora, Rio de Janeiro.
- Rossi P 1992. *A ciência e a filosofia dos modernos*. Editora da UNESP, São Paulo.
- Rouanet SP 2002. Democracia mundial, pp 237-248. In A Novaes (org.). *O avesso da liberdade*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Ruelle D 1993. *Acaso e caos*. Editora da UNESP, São Paulo.
- Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ 2005. requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older person who do not have a severe disease: na interview study. *Psychol Med* 35(5):665-671.
- Santo Agostinho 1995. *O livre arbítrio*. Paulus, São Paulo.
- Schaffner FJ 1978. *The Boys from Brazil*. Producers Circle / Lew Grade / Incorporated Television Company.
- Schopenhauer A 2001a. *O Mundo como Vontade e Representação*. Contraponto, Rio de Janeiro.
- Schopenhauer A 2001b. *Sobre o Fundamento da Moral*. Martins Fontes, São Paulo.
- Schramm FR 1996. *A terceira margem da saúde*. Editora UnB, Brasília.
- Schramm FR 1998. A autonomia difícil. *Bioética* 6(1):27-37.
- Schramm FR 1999. Aspectos cognitivos, metodológicos e morais nos trabalhos nos CEPS, pp. 53-60. In F Carneiro. *A moralidade dos atos científicos*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

- Schramm FR 2000a. A difícil dialética entre economia e ética. *Revista Brasileira de Educação Médica* 24(1): 77-81.
- Schramm FR 2000b. Algumas controvérsias semânticas e morais acerca do acesso e do uso do genoma humano, pp 135-142. In F Carneiro & MC Emerick (orgs.). *A ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Schramm FR 2001. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 6(11):43-54.
- Schramm FR 2002a. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 26(1):178-183.
- Schramm FR 2002b. As diferentes abordagens da bioética, pp 28-45. In M Palácios, A Martins & O Pegoraro (orgs.). *Ética, ciência e saúde*. Vozes, Petrópolis.
- Schramm FR & Kottow M 2001. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública* 17(4):949-956.
- Scruton R 2001. *Espinosa*. Loyola, São Paulo.
- Selli L & Garrafa V 2005. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Revista de Saúde Pública* 39(3):473-478.
- Sen A 1996. Capacidad y Bienestar, pp 54-83. M Nussbaum & A Sen (orgs.). *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica, Ciudad do México.
- Sen A 2001. *Desigualdade Reexaminada*. Record, Rio de Janeiro.
- Segre M, Leopoldo e Silva F & Schramm FM 1998. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética* 6(1):15-26.
- Segre M 2002. Ética em saúde, pp 19-27. In M Palácios, A Martins & O Pegoraro (orgs.). *Ética, ciência e saúde*. Vozes, Petrópolis.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Corrêa AD, Sforza-de-Almeida MP 2000. *Ensaios sobre o átomo*. Litteris, Rio de Janeiro.
- Siqueira-Batista R 2002. Acaso e descontinuidade no *De rerum natura* de Lucrécio. *AnaLógos* 2:224-230.

- Siqueira-Batista R 2003a. O espírito helênico: o poeta, o filósofo e o médico na Grécia antiga. *Revista Brasileira de Filosofia* 52(212):465-484.
- Siqueira-Batista R 2003b. *Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. Landy, São Paulo.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Braga EA, Helayël Neto JA 2003. O atomismo de Lucrecio: física e descontinuidade. *Physicae* 4(4):19-22.
- Siqueira-Batista R & Schramm FR 2004a. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(1):31-41.
- Siqueira-Batista R & Schramm FR 2004b. Platão e a medicina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11(3): 619-634.
- Siqueira-Batista R & Schramm FR 2005a. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cadernos de Saúde Pública* 21(1):111-119.
- Siqueira-Batista R & Schramm FR 2005b. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(1):129-142.
- Siqueira-Batista R 2005. *Miséria*. 2ª ed. KroaArt, Rio de Janeiro.
- Sófocles 1989. *A Trilogia Tebana*. 5ª ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Solso RL 2004. *Ciências da mente e do cérebro no século XXI*. Editora UnB, Brasília.
- Spinoza B 2003. *Ética – demonstrada à maneira dos geômetras*. Martin Claret, São Paulo.
- Stewart I 1991. *Será que Deus joga dados? A matemática do caos*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- Suetônio 2002. *A vida dos doze Césares*. 2ª ed. Prestígio Ed., São Paulo.
- Vargas M 1996. História da matematização da natureza. *Estudos Avançados* 10(28):249-276.
- Weber M 1973. *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. Vol I. Suhrkamp, Frankfurt a/Main.
- Zentner M 1995. *Die flucht ins vergessen*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

FIGURAS

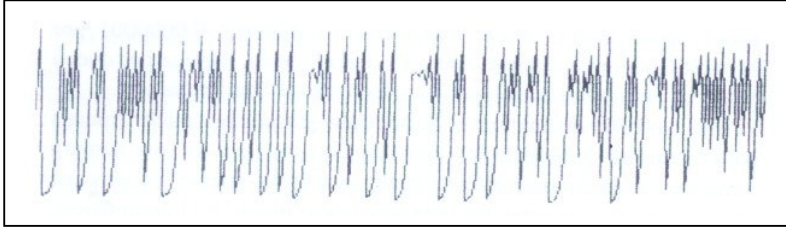


Figura 1. A iteração de $2x^2 - 1$ conduz ao caos.

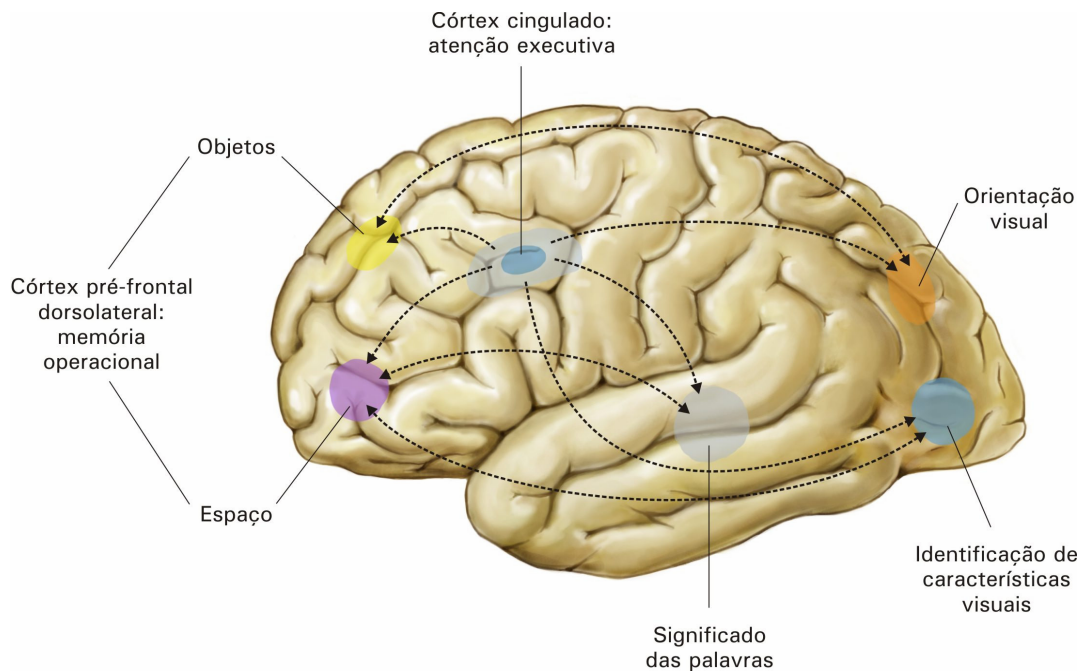


Figura 2. O córtex pré-frontal. O uso da razão se iniciaria medialmente pela atuação do córtex cingulado anterior (em azul), o qual tem por função focalizar a atenção perceptual e cognitiva, modulando a atividade das áreas funcionais correspondentes. As regiões dorsolaterais do córtex pré-frontal (em violeta e amarelo), teriam atribuição de comparar as informações novas e as antigas. O derradeiro ajuste — levando em consideração os objetivos dos indivíduos e os contextos sociais — seria realizado por uma área não ilustrada, o córtex pré-frontal ventromedial. Adaptado de Posner MI & Raichle ME 1994. *Images of mind*. Scientific American Library, New York.

ARTIGO 4

Siqueira-Batista R.

Eutanásia e compaixão.

Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(4): 334-340.

EUTANÁSIA E COMPAIXÃO

Euthanasia and compassion

Rodrigo Siqueira-Batista

Professor de Clínica Médica e Filosofia, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO).
Médico da Comissão de Bioética e do Serviço de Clínica Médica,
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Correspondência:
Fundação Educacional Serra dos Órgãos
Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde
Av. Alberto Torres, 111 – Alto. CEP.: 25964-000 – Teresópolis – RJ.
E-mail: anaximandro@hotmail.com.

RESUMO

A experiência de estar morrendo, em decorrência de uma moléstia grave e incurável, pode albergar um profundo sofrimento, tanto pelas manifestações relativas à enfermidade — como a dor —, quanto pela iminência do fim — o se saber mortal. Nestes casos, quando a agonia e o desespero dão o *tom*, preenchendo completamente os momentos derradeiros do viver, a interrupção — definitiva — do martírio torna-se, muitas vezes, a melhor opção para aquele que se esvai, de tal sorte que uma *boa morte*, a *eutanásia*, pode se constituir em uma genuína libertação. Refletir, brevemente, sobre a moralidade da eutanásia — enfocando-se, de forma mais cuidadosa, a finitude, o sofrimento e a compaixão — é o escopo desta comunicação.

Palavras-chave: eutanásia; sofrimento; compaixão.

ABSTRACT

The experience of being dying, as a result of incurable and serious disease, may harbour a deep suffering, both by the manifestations connected to the disease — like the

pain —, and the imminence of the end- the knowing of being mortal. In these cases , when the agony and despair give the ‘tone’, filling completely the last living days, the interruption — definitive — of the martyrdom becomes many times, the best option for that who is about to die, in such a way that a “good death”, the euthanasia”, may be a genuine liberation. Thinking over, briefly, about the mortality of euthanasia — focusing on, in a more careful way, the end, the suffering and the compassion — is the scope of this communication.

Keywords: euthanasia; suffering; compassion.

INTRODUÇÃO

Raio do céu,
 Atinge esta cabeça,
 Encerra uma vida inútil,
 Uma vida terrível!
 Vem ó morte,
 Desata os laços!

Eurípedes, Medéia

A medicina é uma das mais arcaicas atividades humanas^{1,2} — no duplo sentido do termo grego *arkhé*, *antiga e fundamental* —, confundindo-se os seus caminhos com a própria história do *Homo sapiens sapiens*.³ Como *matizes* mais vívidos do amplo panorama do *saber-fazer* médico, podem ser elencados o contato permanente com as mais diferentes dores, angústias e sofrimentos que afligem as pessoas, bem como a perspectiva de amparo para aquele que padece, na tentativa de auxiliá-lo a (con)viver [melhor] com suas fragilidades e incertezas.

Sem embargo, não é possível delimitar um arcabouço linear para o *processo histórico* de desenvolvimento médico. De fato, para Daniel Callahan, poder-se-iam identificar três momentos bastante diferentes na “evolução” da medicina, a saber:^{4,5}

(1) *fase dos cuidados* — ou *pré-científica* —, caracterizada pelo grande zelo para com os enfermos, a despeito da baixa resolutividade;

(2) *fase da cura*, a partir de meados do século XX, expressa na rápida incorporação técnico-científica e na alta resolutividade, havendo grande aumento da expectativa média de vida das populações e no controle e tratamento de várias moléstias, especialmente as infecciosas;

(3) *fase dos limites*, a partir dos anos 70-80, na qual pode ser inscrita a tomada de consciência da “finitude”, no âmago da “cultura dos limites”, abrangendo os problemas relativos ao estrondoso progresso biomédico (elevados custos, escassez de recursos, perenidade da crise sanitária a despeito dos avanços científicos) e à ambivalência médica em relação à morte.^{6,7}

A tomada de consciência destes limites, no âmbito contemporâneo, representa uma profunda ferida narcísica no projeto humano de arremesso para além de sua própria *condição*,⁸ inscrito em um ideário maior de *perfeição*, tal qual o esboçado em outro momento.⁹ Um dos pontos que sobressaem nesta aspiração de *sobre-humanidade* é a

busca pela “infinitude” — ou pelo elixir da longa vida dos alquimistas —, o que é compreensível, na medida em que o se saber mortal é uma das marcas da *hominalidade*,¹⁰ a ruptura decisiva com a dimensão de animal — segundo Edgar Morin, caracterizando uma cisão ainda mais essencial que a linguagem.¹¹ A morte é, assim, um inimigo horrível a ser superado:

Em nossa paisagem mental ocidental ainda permanece a idéia de que a morte é esse perigo medonho e terrível que nos dissolve, advindo daí a procura persistente de uma salvação, de uma vitória sobre a morte e não de uma aquiescência do nada.

[Morin, 2001: 50]¹²

Mas, se a morte é incontornável — ao menos por enquanto... — colocar-se diante dela como um guerreiro pronto para o combate é assumir, como Heitor defronte a Aquiles,¹³ todo o ônus de uma derrota mais que previsível, ou seja, antecipada e inequívoca. Nesta perspectiva, o médico, à semelhança do deus Apolo — o qual tenta retardar o encontro derradeiro dos dois heróis da *Ilíada*, envolvendo Heitor em uma nuvem¹³ —, luta para adiar o ocaso ao máximo — em nome de uma suposta preservação da (sobre)vida —, utilizando para isto toda tecnologia disponível — métodos diagnósticos, fármacos, procedimentos invasivos, entre outros —, sem jamais [ou quase nunca] se perguntar sobre o real significado de existir, para uma pessoa tantas vezes submetida aos mais extremos e insuportáveis sofrimentos, nos seus derradeiros suspiros. Em tais situações, quando a vida é uma condenação, morrer pode representar a liberdade — o mergulho no infinito íntimo de sua própria aniquilação —, tornando a eutanásia uma possibilidade de redenção para aquele que padece.

Refletir acerca destas questões, nos campos conceituais da filosofia e da bioética, é, pois, o mote desta apresentação. Delimitar-se-á, inicialmente, a face nua do sofrimento — na vida e no fenecer —, enquanto experiência de ser, orientando-se, a seguir, o debate para o regato cálido da eutanásia — literalmente *boa morte* —, tornada possível no horizonte bioético da proteção, através de uma legítima atitude de *compaixão* — esta, em última análise, âmago da moralidade que se quer buscar.

FINITUDE E SOFRIMENTO

Caminhar para o ocaso e se saber finito são elementos intrínsecos à experiência humana de existir.¹⁴ O *se-saber mortal* não pode ser visto apenas como uma das questões genuínas da vida mas, sim, como o problema fundamental do homem,¹⁰ sua dimensão definitiva, como muito bem delimitaram Albert Camus¹⁵ e Emil Cioran:

A morte coloca um problema que substitui todos os outros!

[Cioran, 1991: 24]¹⁶

Se estar vivo pressupõe a morte que virá, ao morrer é necessário o estar vivo, como vaticinado por Heráclito de Éfeso:

E como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas.

[Fr. 88 de Heráclito, *apud* Kirk *et al.*, 1994: 195].¹⁷

A inseparabilidade de seu termo torna o humano um ser que sofre pela angústia do desconhecido¹⁸ — ou, mais propriamente, do incognoscível — uma vez que a morte é, por definição, impensável, representando a negativa radical do ser, o nada inapreensível e não-formulável que escapa a qualquer tipo de ponderação.^{10,19} Ter certeza do termo e almejar por algo que permaneça, significando o escape à aniquilação, ao vôo profundo em um vazio não-racional — ou seja, um fim definitivo para a ordem, como no *ápeiron*, o ilimitado, de Anaximandro² — é também fonte de tormento e aflição, em decorrência da impossibilidade de se aplacar a *vontade de vida* intrínseca ao ser.²⁰ Todo vivente consciente de si manifesta a angústia essencial diante da inexorabilidade do seu termo. O fato de a *religião*, a *filosofia* e a *ciência* proporcionarem algum conforto para este mal-estar ratifica a sua presença inextirpável.

Deste modo, compreende-se que existir é sofrer. Tal é a constatação que ressoa na própria estruturação da vida humana, enquanto horizonte que perpassa as mais díspares culturas.²¹ Dos brutais ritos iniciáticos dos povos em que o mito se *mantém vivo*²² — os quais pretendem reproduzir a existência tal qual ela é —, até a concepção órfica de nascimento como castigo — queda em um corpo — por conta de uma culpa originária que necessita ser expiada,²³ tornam-se perceptíveis os elementos trágicos do ser. Ainda nos primórdios da filosofia, Empédocles de Agrigento declara cabalmente:

Ai, pobre e infeliz raça dos mortais, de que discórdias e lamentos vós nascestes!

[Fr. 124 de Empédocles, *apud* Kirk *et al.*, 1994: 331]¹⁷

Os sofrimentos que impregnam a existência humana se encravam firmemente, na carne e no espírito, enquanto raízes com ramificações muito profundas.²⁴ Neste âmbito, a corrupção física determinada implacavelmente pelo tempo — a narrativa de Oscar Wilde, em *O Retrato de Dorian Gray*, é rica em demonstrar este processo²⁵ — se inscreve como um real deflagrador do padecimento — manifesto no esvair de forças, na fragilidade própria do que é a vida —, como bem definiu Freud, em *O mal-estar na civilização*, ao reconhecer as três possíveis fontes para o suplício do humano:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nosso relacionamentos como os outros homens.

[Freud, 1974, v. XXI: 95]²⁶

A frugalidade da vida corpórea é denunciada em diferentes aspectos. Os dois primeiros elementos levantados por Freud expõem a miserabilidade da existência material — e mortal — sujeita ao fenecer, na medida em que a biografia pode ser interrompida de assalto — por um acontecimento trágico, como, por exemplo, um acidente ou um crime —, em decorrência da ação das forças esmagadoras e impiedosas, ou se deteriorar em um processo de decomposição paulatino, matizado pela doença e pela dor, como no caso das pessoas que têm a morte absolutamente próxima de si, vitimadas por um câncer (ou qualquer outra moléstia grave e inexorável) para as quais se encontram esgotadas as possibilidades de cura.²⁷ No cerne desta modalidade do sofrimento, subsistem várias tensões colocadas pelo fim nada eminente, no espaço que uma morte iminente é capaz de demarcar:

(1) um sofrimento físico, caracterizado por uma série de manifestações clínicas — como *astenia*, *anorexia*, *dispnéia*, *náuseas* e *vômitos* —, das quais sobressai a *dor*,²⁸ com suas diferentes origens — secundária à própria moléstia ou à terapêutica empregada —, por vezes excruciante, capaz de preencher o mundo daquele que a vivencia, a ponto de impossibilitar a concentração nos demais aspectos do dia-a-dia;¹⁸

(2) um padecimento psíquico, permeado pelo *medo* (de deixar de *ser*, de ter um passamento “doloroso”, de se tornar repugnante, entre outros), a *negação*, a *depressão*, o *tédio*, o *desamparo*, a *solidão* e o *abandono* — mormente pelos profissionais que assistem o enfermo;²⁹

(3) uma amargura de origem social, a qual incluiria a deterioração das relações familiares, a exclusão social, o afastamento e o isolamento paulatinos.^{14,30}

Esta torrente de considerações permite perceber, claramente, que nas circunstâncias em que um enfermo se encontra moribundo, o lúdimo fundamento para o sofrimento não é a morte em si, mas a existência miserável que se arrasta para o seu fim, permeada pelo desespero do *não-saber*, pela dor física e existencial, especialmente se o homem que padece passa a *vítima* daqueles que o deveriam assistir, tornando-se submetido aos grilhões da obstinação terapêutica³¹ — ou seja, a *distanásia*, agonia prolongada em um morrer sofrido, tal qual o demarcado inicialmente por G. Morache³² —, uma terrível *ferida moral*.²⁷ Tal é a condenação: o enfermo, violentado em sua autonomia, impossibilitado de dizer não a este (re)nascimento forçado a cada minuto, invadido em sua intimidade corpórea — e muitas vezes, simbólica —, arrebatado por uma ciência que prima pela ânsia de conhecer, e, finalmente, torná-lo laboratório de ‘experimentos’ técnicos e farmacológicos... Como Frankensteins contemporâneos, sem rosto e sem nome, sem dignidade e sem valor.⁹

Nestes dias de álgida amargura, vale a pena recolocar a pergunta: qual o significado das palavras sofrimento e condenação? A vida que se esvai lenta e desesperadamente, ou a morte capaz de significar a alforria do padecer? Podemos responder com Sören Kierkegaard, reconhecendo que:

Assim se apresenta o desespero, essa enfermidade do eu, “a doença mortal”. É um doente de morte o desesperado. Mais do que em nenhuma outra enfermidade, é o mais nobre do eu que nele é atacado pelo mal. No entanto, o homem não pode morrer dela. Neste caso, a morte não é o fim da enfermidade: é um fim interminável. Nem a morte pode salvar-nos dessa doença, pois aqui a doença, com o seu sofrimento e... *a morte, é não poder morrer.*

[Kierkegaard, 2002: 26, *grifo nosso*]³³

Diante da dor, experimentando o sofrimento e o desespero nas profundezas de suas entranhas, o homem que sofre deveria poder escolher, de forma autônoma,³⁴ o desfecho que melhor lhe convém, a saber:

(1) se manter em sua condição a despeito de todo martírio, desde que seja permitida uma existência com alguma dignidade, o que pode ser efetivamente proporcionado pela disponibilização de *cuidados paliativos*;²⁷

(2) decretar seu fim através da *eutanásia*, entendida aqui no sentido mais amplo de *boa morte* — ou ainda como “*o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam*”³⁵ — passamento que redime e liberta de uma vida que já não vale mais a pena ser vivida, sempre de um ponto de vista do seu próprio titular;³⁶

(3) perpetuar sua existência, utilizando-se de todos os meios disponíveis, aceitando para tal, inclusive, a submissão à *distanásia* com todos os seus riscos e conseqüências.³¹

Caso a escolha do sujeito recaia sobre o termo de seu calvário, se o seu existir assim lhe parecer — afinal, a existência e alcance dos cuidados paliativos não é garantia, absoluta, de que o sujeito preferirá se manter vivo³⁷ —, será necessário um elevado nível de receptividade por parte do *outro* — por exemplo, um profissional de saúde responsável pela atenção ao enfermo —, estabelecendo-se assim o horizonte intersubjetivo para as discussões éticas — e bioéticas — acerca da eutanásia.

EUTANÁSIA: PROTEÇÃO E COMPAIXÃO

Muitas das questões relativas ao binômio *vida-morte* acima esboçadas, encontram-se no coração da *bioética*, disciplina que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoiéticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos.³⁸ Diferentes correntes desta disciplina podem ser evocadas para a resolução dos conflitos morais relacionados ao fim da vida; mas, se a *eutanásia* é compreendida como real possibilidade de amparo aos sujeitos autônomos, moribundos e desprotegidos, os referenciais colocados pela *bioética da proteção*^{39,40} tornam-se de grande valia para a argumentação e tratamento das questões relativas à boa morte. De fato, recuperando-se o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) — no mundo homérico — de “dar abrigo” aos animais — sem olvidar os outros significados, *caráter* (ἦθος) e *costumes* (ἔθος) — torna-se clara a intrínseca perspectiva cuidadora e protetora da *ética*, e, por conseguinte, da *bioética*, como o delimitado por Fermin Roland Schramm:

A bioética da proteção é uma ética aplicada que se refere às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e socioculturais, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais.

[Schramm, 2004: no prelo]⁴¹

A caracterização da *proteção* neste excerto é plenamente aplicável ao paciente fragilizado e desamparado por consequência de uma moléstia grave, incurável e mitigante. Proteger o enfermo em suas dores, angústias e temores — na medida em que isto for possível —, possibilita a recuperação da dimensão do *cuidado*, como bem demarcado por Callahan:

[...] o cuidado deve sempre ser prioritário sobre a cura, pela mais óbvia das razões: nunca há qualquer certeza de que nossas enfermidades possam ser curadas, ou nossa morte evitada. Eventualmente, elas poderão e devem triunfar. [Mas] nossas vitórias sobre nosso adoecimento e [sobre a] morte são sempre temporárias, mas nossa necessidade de suporte, de cuidados, diante deles, é sempre permanente.

[Callahan, 1990: 145]⁴²

A pergunta que se coloca, ato contínuo, refere-se à *motivação* para atuar nesta dimensão do cuidado e da proteção: o que seria capaz de mover um *Sujeito* — por exemplo, profissional de saúde — no sentido de cuidar e proteger um *Outro* que sofre? Haveria uma instância mais ampla permissiva ao amparo de uma pessoa — mas, também, de uma população ou do próprio planeta?

Tal questionamento refere-se, em última análise, à busca pelo fundamento da moral, o qual foi motivo de grandes reflexões ao longo da tradição ocidental, destacando-se os conceitos de *bem* em Aristóteles⁴³ e *dever* em Immanuel Kant⁴⁴. Neste sentido, F. Roland Schramm e Ciro A. Floriani, em recente manuscrito, expressam que o cuidado será factível, sempre que aquele que assiste ao enfermo que se esvai, adotar uma atitude acolhedora, ou seja,

[...] tornando-se sensível e conseguindo — de modo *empático e simpático* — perceber a precariedade do momento vivido pelo paciente fragilizado e desamparado [...]

[Schramm & Floriani, 1994: no prelo, *grifo nosso*]²⁷

Ter *simpatia* — do grego συμπάθεια, de συμπάσχω = padecer juntamente, simpatizar, compadecer — é ter *com-paixão*⁴⁵ originariamente na tradição ocidental *com-partilhar* o πάθος (*páthos* = paixão, sentimento, afeto arrebatador) do outro. Esta é o sentido cristão de tomar para si o sofrimento alheio — do latim *compati* = sofrer com (e não sofrer como)²⁴ —, reconhecendo, São Tomás de Aquino, a *compaixão* como a virtude maior.⁴⁶

A *compaixão* é, igualmente, o fundamento na ética do budismo, apropriada pela filosofia ocidental no pensamento de Arthur Schopenhauer — na verdade, sua principal “influência oriental” foi recebida dos *Upanixades* hindus.^{47,48} Distintamente da tradição cristã, a dimensão budista evocada por *Karuna* (*compaixão* em sânscrito) é muito mais de acolhida da angústia alheia, como nas palavras de David Brandon:

Compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios.

[Brandon, s/d: 51].⁴⁹

Tal acolhimento pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas, sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente,⁵⁰ caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade.⁵¹

Nesta perspectiva, a *compaixão* pressupõe o deslocamento do “eu” em direção ao “outro”, a partir de uma deferência incondicional à inserção deste último no mundo.⁵² De fato, ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista — ou seja, decidir, deliberadamente, acerca do que é melhor para outrem —, fundamentado em um mero sentimento de pena ou comiseração, mas, sim, desenvolver e praticar um amplo respeito à existência, na medida em que se recebe aquele que sofre, ativamente, em seu âmago:

É praticando a *compaixão* sem limites que uma pessoa desenvolve o sentimento de responsabilidade pelos semelhantes, o desejo de ajudá-los a superar de forma eficaz seus sofrimentos.

[Dalai Lama, 2000:89].⁵³

Com efeito, é incorreta a perspectiva de compreender a compaixão enquanto piedade, desde que esta seja entendida apenas como beneficência passiva de alguém em uma situação de “superioridade” para um outro em total impotência e penúria.⁵⁴ A genuína compaixão se estabelece entre *iguais* — sujeitos que se reconhecem mutuamente entre si —, na medida em que se compreende a vida como manifestação de um mundo ambíguo — prazeres e dores; felicidades e sofrimentos; sabores e agruras —, marcado pela impermanência e transitoriedade de todas as coisas,⁵⁵ às quais todos os viventes, sencientes, estão invariavelmente submetidos. Acerca disto, por exemplo, não se pode olvidar que é diante da finitude que se expressa de forma mais consistente a igualdade de todos os humanos, perecíveis, sujeitos inexoravelmente ao ocaso e, como discutido, sabedores de sua condição:

Considerar que a felicidade e a infelicidade fazem parte da não-permanência vai despertar em nós, ao mesmo tempo, uma qualidade de compaixão e uma qualidade de presença junto aos sofrimentos do outro [...].

[Leloup, 2002:75].⁵¹

Reconhecer a existência como não-permanente é um dos primeiros movimentos para não tornar a (sobre)vida um objeto de idolatria. Nestes termos, cabe ao profissional que cuida de um enfermo em pleno processo de morrer, o respeito por este momento elegíaco, acolhendo-o em sua mais recôndita disposição, sem julgá-lo — ainda que a opção seja pela *boa morte*, a eutanásia — e tampouco tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. É mister admitir que a vida de um homem submetido à excruciante padecimento não deixa de ser um bem, *sagrado* — pondo-se de lado os dogmatismos espúrios —, pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de por um fim à sua consternação. Com efeito, admitir, em meio a um suplício incurável — e intratável —, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o enfermo atribui alto valor à sua própria vida, não desejando permitir, por conseguinte, que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim.⁵⁶ Morrer, neste caso, pode significar uma plena manifestação de estima pela própria existência; possibilitar o ocaso, compassivamente, em respeito à autonomia do moribundo — afinal, sua decisão será sempre a última fronteira —, configura-se como legítima atitude moral, inquestionável possibilidade de libertação.

PONDERAÇÕES FINAIS

Esta breve reflexão acerca da finitude e do sofrimento permitiu que se pudesse vislumbrar a eutanásia como possibilidade de alívio para uma existência miserável e sem sentido, desde a perspectiva de seu titular. Nesta circunstância, a bioética da proteção entra em cena enquanto horizonte capaz de permitir o amparo daquele que padece, garantindo sua autonomia, no sentido de tornar fato a disposição de fenecer em paz e sem dor — caracterizando uma *boa morte* — o que pressupõe uma ação imbuída por verdadeira *compaixão* — acolhida incondicional, cuja melhor metáfora é o *oceano*.

Tal abordagem — integrar a compaixão aos demais fios que compõem o grande tecido da *boa morte* —, consiste em mais uma tentativa de colocar a eutanásia no seu lugar originário: um ato de fraternidade para com aquele que morre em meio a agudos tormentos, facultando o esvaecer do martírio, a partir de um passo em direção ao imponderável, como prenunciado no belo escrito de Johann Wolfgang Goethe:

Que a vida humana é apenas um sonho outros já disseram, mas também a mim esta idéia persegue por toda a parte. Quando penso nos limites que circunscrevem as ativas e investigativas faculdades humanas; quando vejo que esgotamos todas as nossas forças em satisfazer nossas necessidades, que apenas tendem a prolongar uma existência miserável; quando constato que a tranqüilidade a respeito de certas questões não passa de uma resignação sonhadora, como se a gente tivesse pintado as paredes entre as quais jazemos presos com feições coloridas e perspectivas risonhas — tudo isto, Guilherme, me deixa mudo. Meto-me dentro de mim mesmo e acho aí um mundo! Mas antes em pressentimentos e obscuros desejos que em realidade e ações vivas. E então tudo paira a minha volta, sorrio e sigo a sonhar, penetrando adiante no universo.

[Goethe, 2001: 22].⁵⁷

Proteger o homem que está morrendo, conduzindo-o à fonte do esquecimento, *Léthe*, receptáculo de todos os sonhos... Fecham-se os olhos, rompem-se os grilhões — o mergulho no infinito, genuíno ato de compaixão...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laín Entralgo P. História Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1972.
2. Siqueira-Batista R. Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
3. Hippocrates. Ancient Medicine. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
4. Callahan D. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. *L'Arco di Gianno: Rivista de Medical Humanities* 1994; 4:75-86.

5. Callahan D. The goals of medicine. Setting new priorities. New York: Hasting Center Reports-Special supplement; 1996.
6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(3):855-865.
7. Schramm FR. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a saúde pública. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
8. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* 2002 48(1): 17-20.
9. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das UTIs contemporâneas. I Congresso de Bioética do Estado do Rio de Janeiro, FIOCRUZ-2003.
10. Dastur F. A Morte. Ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
11. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
12. Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
13. Homère. Iliade. 9^{ème} tirage. Paris: Belles Lettres; 1994.
14. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.
15. Camus A. Le mythe de Sisyphe. In: *Essais*. Paris: Gallimard, 1965.
16. Cioran EM. Silogismos da amargura. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.
17. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
18. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
19. Spinoza B. *Ethic*. Paris: Gallimard, 1954.
20. Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. Rio de Janeiro: Contraponto; 2001.
21. Campbell J. Temas mitológicos na arte e na literatura criativa. In: Campbell J. *Mitos, Sonhos e Religião*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2001.
22. Eliade M. Mito e realidade. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
23. Reale G. História da filosofia antiga: das origens a Sócrates. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 1999. vol. 1.
24. Santo Agostinho. *Confissões*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
25. Wilde O. O retrato de Dorian Gray. São Paulo: Abril Cultural, 1981.
26. Freud S. Nossa atitude para com a morte. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
27. Schramm FR, Floriani CA.. *Bioética em cuidados paliativos*, 2004 (no prelo).
28. Longo DL. Abordagem do paciente com câncer. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill; 2002.
29. Bird B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole; 1978.

30. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
31. Pessini L. Distanásia. Até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo / Loyola, 2001.
32. Morache G. Naissance et mort. Étude de socio-biologie et de médecine legale. Paris: Felix Alcan; 1904.
33. Kierkegaard S. O desespero humano. São Paulo: Martin Claret; 2002.
34. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 2001; 6(11): 43-54.
35. Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 1999 7(1): 41-48.
36. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 4, 2004.
37. Campbell CS, Hare J, Matthews P. Conflicts of conscience: hospice and assisted suicide. *Hasting Center Report* 1995; 25(3):36-43.
38. Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago: Universitária; 1995.
39. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*, 17(4): 949-956, 2001.
40. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):986-994.
41. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. Primeira Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, 2004 (no prelo).
42. Callahan D. Setting limits. Medical goals in an aging society. New York: Simon & Schuster; 1990.
43. Aristóteles. Ética a Nicômaco. Porto Alegre: Abril; 1973.
44. Kant I. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Lisboa: Edições 70; 1960.
45. Smith A. Teoria dos sentimentos morais. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
46. São Tomás de Aquino. Suma Teológica. Faculdade de Filosofia Sedes Sapientiae, São Paulo, 1944-1961.
47. Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
48. Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001b.
49. Brandon D. Ajuda pelo Zen-Budismo. São Paulo: Pensamento; s/d.
50. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela Terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
51. Leloup J-Y. A montanha no oceano: meditação e compaixão no budismo e no cristianismo. Petrópolis: Vozes, 2002.
52. Boff L. Princípio da compaixão e cuidado. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
53. Dalai Lama. O Caminho da tranqüilidade. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

54. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
55. Gyatso GK. Compaixão universal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996.
56. Siqueira-Batista R, Schramm FR Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública 2004 (no prelo).
57. Goethe JW. Os sofrimentos de Werther. Porto Alegre: L&PM; 2001.

ARTIGO 5

Siqueira-Batista R, Schramm FR.

A bioética da proteção e a compaixão laica:

o debate moral sobre a eutanásia.

Cadernos de Saúde Pública 2005 (submetido).

A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E A COMPAIXÃO LAICA: O DEBATE MORAL SOBRE A EUTANÁSIA*

EUTANÁSIA: PROTEÇÃO E COMPAIXÃO LAICA

Rodrigo Siqueira-Batista¹, Fermin Roland Schramm²

* Trabalho realizado no Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO).

¹ Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (NEFISA-FESO) e Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz. Av. Alberto Torres, 111 – Alto. 25964-000 – Teresópolis – RJ. anaximandro@hotmail.com

² Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz.

RESUMO

O debate bioético sobre a eutanásia (“boa morte”) vem sendo polarizado, classicamente, entre os princípios da *sacralidade da vida* — argumentação contra — e da *qualidade de vida*, representado pelo princípio vicário do *respeito à autonomia* — argumentação pró. Em ambos os casos, a questão se constrói em torno da pertinência e da legitimidade moral, ou não, de um indivíduo poder decidir sobre o desenlace de sua própria existência, requerendo para si uma *boa morte*. Sem embargo, a eutanásia pressupõe sempre, além de um eu, um *outro*, o qual deverá efetuar a *ação* — ou ater-se à *não-ação* — que culminará na abreviação da vida. Propor uma discussão acerca deste último ponto, tendo como base os referenciais teóricos da bioética da proteção e o conceito de compaixão laica, é o escopo do presente ensaio.

Palavras-chave: eutanásia; compaixão; bioética da proteção; Cristianismo; Budismo.

BIOETHICS OF PROTECTION AND THE LAIC COMPASSION: THE MORAL DEBATE ON EUTHANASIA

ABSTRACT

The bioethical debate on euthanasia (“good death”) has been classically polarized between the principles of *sacredness of life* – the argumentation against – and the quality of life, represented by the vicarious principle of *respect for autonomy* – the argumentation pro. In both cases the question is built around the pertinence and moral legitimacy – or not – of the individual possibility to decide about the termination of one’s own existence, demanding for oneself a *good death*. Undoubtedly, euthanasia always implies besides the self, the other, who will either carry out the action – or hold to non-action – culminating in the abbreviation of life. To propose a discussion about this last referred issue, based on the bioethics of protection theoretical references and the concept of laic compassion is the scope of the present essay.

Key words: euthanasia; compassion; bioethics of protection; Christianity; Buddhism.

INTRODUÇÃO

A eutanásia, *boa morte*, é um dos assuntos de grande relevância na sociedade contemporânea, o que pode ser “pressentido” pelo atual expressivo número de escritos (acadêmicos e “leigos”) e de manifestações artísticas envolvendo o tema — como os filmes *As Invasões Bárbaras*, *Menina de Ouro* e *Mar Adentro* que têm apresentado importantes problemas acerca de sua moralidade.^{1,2,3}

No âmbito da bioética laica, a argumentação moral em torno da *boa morte* tem dado, corretamente, ênfase à autonomia individual do sujeito que decide pela eutanásia.^{4,5} Sem embargo, menor atenção tem sido prestada àqueles que se dispõem a praticar o ato misericordioso — p.ex., os profissionais de saúde —, cujo objetivo é findar com um padecimento considerado acima do suportável por um sujeito capaz de reconhecer que sua existência já não vale mais a pena ser “sofrida” e “vivida”.

Para preencher esta lacuna é mister que se analisem criticamente os argumentos morais que sustentam a decisão de um (possível) agente da eutanásia em oferecer a outrem uma *boa morte*, propondo-se, como referencial teórico para tal análise, as ferramentas da *bioética da proteção*,⁶ âmbito da ética prática que pretende resolver problemas que surgem dos conflitos morais entre os sujeitos, exercendo, para isto, um método consistente numa tripla função:⁷

(1) *descritiva*, ou seja, que se detém em descrever os conflitos da maneira mais racional e imparcial possível, podendo, portanto, ser definida como função propriamente crítica;

(2) *normativa*, na medida em que se ocupa de resolver tais conflitos, utilizando as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequadas para proscriver os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e

(3) *protetora*, graças à correta articulação entre (1) e (2) e à sua aplicação a pessoas e contextos concretos, fornecendo os meios capazes de dar amparo suficiente aos envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida — mesmo que este implique em declinar a continuar vivendo — compatível com os demais.

De fato, recuperando-se o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) — no mundo homérico — de “dar abrigo” — sem olvidar os outros significados, “caráter”

(ἠθος) e “costumes” (ἔθος) — torna-se clara a intrínseca perspectiva cuidadora e protetora da bioética, visto que todos esses sentidos se referem à capacitação de indivíduos e populações para torná-los moralmente competentes em enfrentar os conflitos que inevitavelmente se dão na vida em comum, depois de garantidas as condições concretas para isso.

É precisamente neste horizonte que emerge, no coração do debate moral, o conceito de *compaixão*, enquanto matriz a partir da qual vai se estabelecer uma atitude de amparo a outrem, tal qual o concebível no âmbito da *bioética da proteção*. Neste sentido, Schramm e Floriani, em recente artigo,⁸ expressam que o cuidado/proteção será factível, sempre que aquele que assiste ao enfermo que se esvai, adotar uma atitude acolhedora, ou seja:

“[...] tornando-se sensível e conseguindo — de modo *empático* e *simpático* — perceber a precariedade do momento vivido pelo paciente fragilizado e desamparado [...]” [grifo nosso]⁸

Agir de maneira *empática* e *simpática*, ou seja, padecer juntamente, simpatizar e compadecer é ter *compaixão*, como, originariamente, na tradição ocidental, *compartilhar* o *πάθος* (*páthos* = paixão, sentimento, afeto arrebatador) do outro. De fato, a *compaixão* é o alicerce moral de várias Tradições Sagradas e, em particular, a partir do final do século XIX, do sistema filosófico proposto por Arthur Schopenhauer.⁹

A identificação da *compaixão* como *fundamento da moral*,⁹ tal qual estabelecida por Schopenhauer, revelou-se uma excelente *tentativa* de compor o pensamento oriental — “recebido”, pelo filósofo, dos *Upanixades* hindus¹⁰ — com a tradição ocidental, especialmente no diálogo que este pensador estabelece com a obra de Platão e com a filosofia moral de Kant.¹¹

Sem embargo, há dificuldades em sua proposta, na medida em que é pressuposto o desaparecimento da distinção entre o “eu” e o “não-eu” — entre alguém e outrem que sofre¹² — para a genuína experiência de *compaixão*. Tal perspectiva, de inequívoca matriz religiosa (hinduísta e budista), parece muito difícil — para não dizer impossível — de ser colocada em prática no contexto de uma sociedade composta por indivíduos, detentores de direitos e deveres, e que se constituem como sujeitos exatamente na relação (reconhecimento) com um outro separado de si — como é o caso nas sociedades democráticas complexas, laicas e plurais, contemporâneas. Em substância, a questão se

institui nos seguintes termos: como trazer para o campo discursivo próprio da filosofia moral hodierna uma temática intrínseca às Sagradas Tradições religiosas do Oriente — mas também do Ocidente, como no caso do Cristianismo? Tal pergunta pode ser também apresentada deste modo: como enunciar a compaixão em termos laicos? Um dos problemas a ser trabalhado neste ensaio é a extrema dificuldade, quiçá impossibilidade, de se tratar, no âmbito do *logos*, da Compaixão (com inicial maiúscula) das Tradições Sagradas; entretanto, pode-se pensar em uma *compaixão* (com inicial minúscula) laica, inscrita no binômio pensamento-linguagem e, por conseguinte, comunicável e apresentável como referencial teórico para pensar — e agir — diante de um homem que opta pela eutanásia. Discutir esta possibilidade em termos da *bioética da proteção*, tendo como norte o debate bioético sobre a eutanásia, é o escopo do presente artigo.

A COMPAIXÃO NAS TRADIÇÕES SAGRADAS: *COMPATI* E *KARUNA*

Diferentes matrizes religiosas do Ocidente e do Oriente articulam a ação do homem à Compaixão, o que se reveste de profundas implicações morais. Na cultura ocidental, pode-se tomar como exemplos o *Judaísmo* — como na prática da *rahamim*, a compaixão sob a forma de misericórdia,¹³ tão bem descrita no Salmo 103¹⁴ — e o *Islamismo* — na exortação à *sadaca*, caridade voluntária em um sentido bem amplo, o qual implica agir em consonância com o bem e apartado do mal —, ao passo que no Oriente é possível recuperar tal horizonte no *Hinduísmo* — algo manifesto no conceito de *ahimsa*, não violência, instância profundamente defendida por Mahatma Gandhi¹⁵ — e no *Taoísmo* — em uma perspectiva do *Wu Wei*, caracterizável como não-ação, ou não-intervenção.¹⁶

A despeito da importância da Compaixão nestas tradições, será no Cristianismo e no Budismo Mahayana que a exortação para a adoção de um modo de vida compassivo alcançará sua máxima plenitude. Entretanto, por questões históricas e culturais inerente à emergência e ao desenvolvimento destas duas tradições, a concepção *predominante* de Compaixão é diferente em ambas, nos termos a seguir.

A dimensão da Compaixão cristã, legado dos ensinamentos do galileu Jesus de Nazaré, pressupõe que se *com-partilhe* o *páthos* do outro, o que pode ser sintetizado na

máxima “ama ao teu próximo como a ti mesmo”. Em última análise, a Compaixão pregada pelo Nazareno traz a dimensão de *tomar para si o sofrimento alheio*, transcrita, ulteriormente, em latim, como *Compati* = sofrer com.¹⁷ Reconhecer a dor do outro e ampará-lo incondicionalmente — *amando-o como a si mesmo* — é justamente o espírito manifesto na Parábola do Bom Samaritano:

Jesus então contou: “Um homem descia de Jerusalém a Jericó, e caiu nas mãos de ladrões, que o despojaram; e depois de o terem maltratado com muitos ferimentos, retiraram-se deixando-o quase morto. Por acaso desceu pelo mesmo caminho um sacerdote, viu-o e passou adiante. Igualmente um levita, chegando àquele lugar, viu-o e passou também adiante. Mas um samaritano que viajava, chegando àquele lugar, viu-o e moveu-se de *compaixão*. Aproximando-se, atou-lhe as feridas, deitando nelas azeite e vinho; colocou-o sobre a sua própria montaria e levou-o a uma hospedaria e tratou dele. No dia seguinte, tirou dois denários, e deu-os ao hospedeiro, dizendo-lhe: Trata dele e, quanto gastares a mais, na volta te pagarei. Qual destes parece ter sido o próximo daquele que caiu nas mãos dos ladrões?” Respondeu o doutor: “Aquele que usou de *misericórdia* para com ele.” Então Jesus lhe disse: “Vai, e faze tu o mesmo.”

[Bíblia Sagrada – Lucas 10, 30-37]¹⁴

O Bom Samaritano foi capaz de comover-se pelo padecimento do seu *próximo*, reconhecendo seu grande sofrimento, movendo-se pela Compaixão — um compadecer-se com o sofrimento do outro. Neste caso, ser *próximo* — e exercer o amor em relação a este — baseia-se no Mandamento da Lei de Deus *de amar ao próximo como a si mesmo*. Aqui, o *si mesmo* pode ser concebido no cerne do reconhecimento de uma profunda *identidade* existente entre um e outro — aquele que sofre e aquele que ampara —, legitimada pelo Outro do homem, Deus — a transcendência infinita¹⁸ —, na medida em que ambos são feitos à imagem e à semelhança do Pai.¹⁴ Torna-se claro, pois, que a *Compati* cristã pressupõe de modo inquestionável, ao prescrever um *amor como a si mesmo*, um *sofrer com* entre (criaturas) iguais perante o Criador.

No Budismo — *modo de vida* instaurado a partir do *Satori* (Iluminação) de Sidharta Gautama, o Buda Shakyamuni, sob a copa da árvore Bodi, no século VI a.C.^{19,20} —, a genuína *Experiência*, ou adoção de um novo ponto de vista como enfatizado por D. T. Suzuki,²¹ inclui dois movimentos distintos, mas intrinsecamente relacionados: o *desapego total* e a *acolhida incondicional*. O primeiro inscreve-se na

Com-preensão da efemeridade da vida e da interdependência de todas as coisas; o segundo manifesta-se como *Compaixão* — *Karuna* (sânscrito); *Thugs rje* (tibetano) —, a plena recepção de todas as formas viventes, sem julgamento, como expresso nos dois excertos a seguir:

Equiparar o “nós” e os “outros” significa desenvolver a atitude e a compreensão de que, “assim como desejo felicidade e quero evitar o sofrimento, o mesmo se dá com os outros seres humanos, que são infinitos no espaço: também eles desejam felicidade e querem evitar o sofrimento”.

[Dalai Lama, 2001:127]²²

Compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios.

[Brandon, 1976: 51]²³

De acordo com o cânone budista, a plenitude da *Compaixão* é vivenciada pelos Bodhisattvas, “*seres extraordinários que são fortemente motivados e movidos pela Compaixão, [e que] prometem alcançar o estado de onisciência em prol da felicidade de todos os seres sencientes*”,²⁴ nos seguintes termos:

O Compêndio do Perfeito Dharma diz o seguinte: “Ó Buda, um Bodhisattva não deve se dedicar a muitas práticas. Se um Bodhisattva se ativer a um único Dharma e apreendê-lo com perfeição, ele possuirá todas as qualidades do Buda na palma de sua mão. E se você perguntar o que é esse único Dharma, é uma grande compaixão.

[Dalai Lama, 2001: 38]²⁴

O *novo ponto de vista* mencionado por Suzuki, em sua preleção sobre o *Satori*, pressupõe a aquisição de “*um olhar intuitivo no âmago das coisas, em contraposição à sua compreensão intelectual e lógica*”,²¹ no qual está inscrita a superação da mente dualística e a percepção genuína de que o “*mundo das coisas*” (seres), suas formas e conteúdos, são ilusórios. Neste sentido, são eliminadas “*as distinções dualísticas como eu/você, verdadeiro/falso, sujeito/objeto, a fim de chegar a uma essência da vida não condicionada por palavras e conceitos*”.¹⁹ Os efêmeros seres temporo-espacialmente

localizados *não são* em si mesmos, somente havendo o “*espaço ilimitado, infinito*”, um imenso e profundo Vazio, “*de onde todas as coisas emanam e para a qual retornam*”.¹⁹ Tal é a compreensão da Verdadeira Natureza Búdica, como retorno à casa, pura fluência para a lídima Compaixão:

Não existe uma divisão ou barreira entre o si mesmo e os outros, não há mais quaisquer sentimentos de alienação, medo, ciúme ou ódio pelos outros, pois já se sabe e está comprovada a evidente realidade de que não existe nada separado do si mesmo e, portanto, nada a temer. Esta compreensão naturalmente resulta na “verdadeira compaixão”. As pessoas e coisas não são mais vistas como separadas, mas como o próprio corpo.

[Sensei Genpo, *apud* Scott & Doubleday, 2000: 22-23]¹⁹

Compreensão e Compaixão desdobram-se, no âmbito da *práxis*, na *co-operação* entre os seres — no sentido de agir junto, operar junto —, os quais passam a *ser vistos* como parceiros, capazes de compartilhar o espaço vital,²⁵ em uma lídima aceitação do mundo da vida. A *Karuna* budista é, assim, a *acolhida incondicional*.

A despeito das diferenças entre *Compati* e *Karuna*, ambas pressupõem uma condição de *identidade* entre homens (Cristianismo) e entre viventes (Budismo), capaz de tornar a Compaixão um *fundamento* que emerge espontaneamente quando se está defronte a um outro que padece. Esta *identidade* entre os seres humanos passou à tradição ocidental, pelas “mãos” do Cristianismo, como ideário de igualdade — bem como de liberdade e fraternidade —, tal qual discutido em outras oportunidades.^{4,26} De fato, já nas primeiras comunidades cristãs, celebrava-se a igualdade entre os homens, na proporção em que estes, por terem sido criados como almas individuais, à imagem e semelhança de Deus, pertencem, em igual medida, ao plano e à obra do Pai.²⁷

Com base nestas considerações, pode-se propor que a *identidade* entre viventes, tão peculiar às Tradições Sagradas — inscrita em Deus¹⁴ ou na Natureza Búdica²⁸ — pode ser pensada, em termos seculares, como *igualdade*, entre homens lançados no tempo — ou seja, que nascem, sofrem e morrem (como será detalhado adiante) —, detentores de direitos e correspondentes deveres perante as sociedades. Assim, a *identidade* que funda a Compaixão poderia ser redimensionada e discutida em termos de *igualdade*, esta última capaz de legitimar uma concepção de *compaixão* laica, aplicável

ao âmbito da ética e da bioética. Adiante, tentar-se-á demonstrar em que medida isto é pensável (e possível).

Mas, em que consiste esta *igualdade*? Colocar tal questão não é simples, como se torna perceptível nos grandes debates sobre *igualdade*, *equidade* e *justiça*, ao longo da História do Pensamento Ocidental, desde os gregos.^{29,30,31} Uma das maneiras de tratar a questão é interrogar, com Amartya Sen, sobre o *que deve ser igualado*.^{32,33,34} A resposta dada a tal indagação será o ponto de partida para se propor, em termos seculares, um conceito de *compaixão*.

COMPAIXÃO LAICA E BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

O economista e filósofo indiano Amartya Kumar Sen propõe, como ideário de justiça, a igualdade de *capacidades* — as quais se referem à liberdade efetiva que um indivíduo tem de escolher diferentes tipos de vida, entre as alternativas possíveis, o que torna factível a opção por realizar distintos grupos de *funcionamentos*, as coisas que logra fazer um vivente³⁵ — entre os membros de uma dada sociedade. Tal igualdade representa uma resposta cogente — dada especialmente a John Rawls³⁶ —, sendo capaz de articular, de maneira complexa, os princípios morais de justiça e autonomia.³⁴

A definição de Sen pressupõe algo óbvio, mas não menos importante de se explicitar, pois a igualdade de *capacidades* só faz sentido para os *viventes*. Ora, um vivente tem duas dimensões inextirpáveis — *nascer* e *morrer* —, como lembram os médicos-filósofos Empédocles de Agrigento e Alcmeão de Crótona:

Ai, pobre e infeliz raça dos mortais, de que discórdias e lamentos vós nascestes!

[Fr. 124 de Empédocles, *apud* Kirk *et al*, 1994: 331]³⁷

Alcmeão atribui a morte dos homens ao fato de não serem capazes de unir o início ao fim — um dito sagaz se lhe atribuirmos um sentido vago, sem buscar imputar-lhe um carácter de precisão.

[Fr. 1 de Alcmeão, *apud* Aristóteles, 1991-1994, passo 916a₃₃₋₃₇]³⁸

Neste sentido, pode-se conceber que há uma *igualdade radical* — em termos de suas mais profundas e íntimas raízes — entre tudo o que vive: nasce-se e morre-se, não

existindo vida que não tenha “passado” por um *vir-a-ser* e que, necessariamente, não acabe por se esvaír em um *deixar-de-ser* — quiçá como na “fórmula” de Anaximandro de Mileto, para o qual do *apeiron* (απειρον = *ilimitado*) tudo emerge e a ele tudo torna.³⁷ A partir de tal constatação, torna-se possível situar no mesmo plano — ou plano de imanência — todos os viventes, espaço-temporalmente limitados.

A despeito desta óbvia condição que perpassa todos os vivos, há um terceiro matiz de igualdade, o qual pode ser pensado em relação aos seres sencientes, incluído o homem: a *possibilidade* de *sofrer*. O padecimento relaciona-se à fragilidade própria da vida — um simples suspiro da eternidade —, efêmera e precária, vulnerável e corruptível. Deste modo, compreende-se que existir é (ou pode ser) sofrer. Tal é a constatação que ressoa na própria estruturação da vida humana, enquanto horizonte que perpassa as mais díspares culturas.³⁹ Ademais, o padecimento se atrela inextricavelmente à situação presente — afinal, só é possível vivenciar o agora: o passado só se faz desde que “(re)atualizado” no presente; quanto ao futuro, só passa a ser ao manifestar-se como atual — e, nisto, a espécie humana é solidária aos demais seres sencientes, os quais, até onde se saiba, não conhecem o que passou ou o que esta por vir, situando-se em um eterno presente — o qual, pode muito bem ser preenchido, em seus dias e noites, pela dor e pelo martírio.

Reconhecer que a vida tem como pressupostos, necessários, o *nascimento* e o *passamento*, acrescentando-se a isto, na experiência humana de existir, a contingência do *sofrimento*, é o primeiro passo para a delimitação da *compaixão* em termos seculares. Mas, é mister *compreender* que a igualdade expressa nos termos acima colocados pode ser *concebida*, à semelhança do descrito para as Tradições Sagradas, como manifestação de uma identidade profunda, a qual torna interligados — e interdependentes — os partícipes do imenso palco da existência, isto é, suas respectivas condições de viventes:

Considerar que a felicidade e a infelicidade fazem parte da não-permanência vai despertar em nós, ao mesmo tempo, uma qualidade de *compaixão* e uma qualidade de *presença* junto aos sofrimentos do outro [...].

[Leloup, 2002:75]⁴⁰

Deste modo, a *compaixão* se estabelece na compreensão de uma inquestionável situação de *igualdade* que é pertinente à vida — ou seja, nascer, sofrer (em relação aos seres sencientes) e morrer. Tal *com-preensão* permite ao sujeito se colocar, em exato *pé*

de igualdade, em relação ao outro, o qual pode ser acolhido, compassivamente, em um movimento de deslocamento do “eu” em direção ao “outro” (não a superação das distinções entre ambos, mas, sim, um deslocamento de dupla direção), a partir de uma deferência irrestrita à inserção deste último no mundo.⁴¹ De fato, ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista — ou seja, decidir, autoritariamente, acerca do que é melhor para outrem —, fundamentado em um mero sentimento de pena ou comiseração, mas, sim, desenvolver e praticar um amplo respeito à existência, na medida em que se acolhe, incondicionalmente, aquele que sofre, ativamente, em seu âmago:

Enquanto o espaço perdurar
E enquanto os seres sencientes permanecerem,
Possa eu também permanecer
Para libertar do sofrimento todos os seres sencientes.

[Dalai Lama, 2001:65]²⁴

Com base nestas conjecturas, uma “fórmula” geral para a compaixão laica poderia ser assim expressa:

- (1) todos os seres vivos são finitos e perecíveis, estando inscritos no tempo, subservientes, então, aos ditames do nascimento e da morte;
- (2) dentre os vivos há aqueles capazes de padecer, os sencientes, os quais agem para evitar (ou minimizar) seus respectivos sofrimentos;
- (3) o reconhecimento de (1) e (2) impõe que se aceite a *igualdade radical* e irrestrita que perpassa todos os seres;
- (4) a atitude diante de um igual que sofre só pode ser de amparo, na medida que, em última análise, nestes momentos cruciais, a *compreensão* de (3) torna inconsistente que o *eu* se veja como completamente independente (e apartado) do *outro* que sofre;
- (5) amparar tal vivente em martírio — havendo distinção, mas não separação, entre aquele que “recebe” e aquele que é “recebido” — é acolher a *igualdade radical* imanente à condição de vivente;
- (6) acolher/proteger o outro, em tal circunstância, só pode ser obtido sem julgamento, ou seja, a partir da recepção incondicional de sua *situação-no-mundo* (a despeito dos sofrimentos, desejos e decisões autônomas, em relação à sua própria existência);

(7) o acolhimento/proteção assim expresso é um genuíno ato de compaixão.

Toda a argumentação, apresentada nos sete passos acima, tem como horizonte a *proteção* do outro, a partir do entendimento de que o *ethos*, a “morada”, só se atualiza nas relações entre as pessoas. Assim, agir por compaixão é, na verdade, proteger o outro — especialmente em situações de desamparo, nas quais sua autonomia esteja muito limitada —, dando-lhe condições para exercer um mínimo de autodeterminação em relação às (graves) decisões a serem tomadas. Esta é, precisamente, uma das proposições da *bioética da proteção*, que pode ser vista como o ato primordial e que, devidamente pensado, pode servir como referencial teórico-prático, pois pretende resgatar aquele que é, provavelmente, o significado originário da palavra grega *ethos*, que tem justamente o sentido de “amparo”, “guarita” e “abrigo”; em suma, de *proteção*.⁷

Vale ressaltar que esta proteção pode ser aplicada:

(1) às *relações interpessoais* — médicos-pacientes, por exemplo;

(2) às *relações entre estado e cidadãos* — como aquelas que se estabelecem em Saúde Pública entre formuladores e gestores de políticas sanitárias e a população destinatária de tais políticas — no que a bioética da proteção pode ser aproximada da concepção de *hospitalidade incondicional* defendida por Jacques Derrida em suas últimas obras,^{42,43,44} e

(3) às *relações entre o homem, os demais seres vivos e o planeta* — como seria o caso de políticas ambientais que visassem proteger o *óikos* (“casa comum”) indispensável à sua sobrevivência contra catástrofes.

Inscrevem-se, no primeiro caso, os aspectos relativos ao debate moral sobre o fim da vida, no contexto da *bioética da proteção* e da *compaixão laica*.

EUTANÁSIA: UM ATO DE COMPAIXÃO

A tomada de consciência da própria finitude parece ter ocorrido antes mesmo do aparecimento do *Homo sapiens sapiens*, havendo indícios de que o *Homo sapiens neanderthalensis*, há mais de 60.000 anos, já realizava rituais de sepultamento.⁴⁵ Deste ponto de vista, é constitutiva à espécie humana a compreensão de que a vida se

extinguirá, inexoravelmente, na morte, tal qual tematizado nas diferentes manifestações da cultura — pode-se mencionar as narrativas míticas, as religiões, a filosofia, a ciência e a arte.⁴⁶

Assim, a morte — uma das condições de igualdade entre os viventes, tal qual o acima descrito — é o destino da vida, mantendo-se, sempre, como possibilidade — afinal, o passamento é uma “porta que está sempre aberta”. Tal entendimento possibilita que uma pessoa cognitivamente competente, racional e razoável, possa tomar a decisão autônoma de morrer — com todos os problemas que a autonomia possa ter^{4,26,47} —, quer para mitigar os terríveis sofrimentos de uma moléstia incurável — a qual o obriga “a se reconhecer mortal”⁴⁸ —, quer por perceber sua existência como insuportável e indigna de ser vivida (ou padecida) —, como nas palavras de Ramón Sampedro, no filme *Mar Adentro*:

“[...] eu quero morrer porque a vida *para mim*, neste estado... [...] não é digna. Entendo que outros tetraplégicos possam se ofender quando eu digo que a vida assim é indigna... Mas, eu não julgo ninguém. Quem sou eu para julgar os que querem viver? Por isso, peço que *não julguem* a mim e a quem me ajudar a morrer...”⁴⁹

Nesta situação de amargura, na qual viver é um martírio para além de todas as forças do titular da existência — de acordo com sua perspectiva de não querer, de modo algum, continuar “vivendo” (como vociferado por Sampedro) —, qual seria a melhor forma de agir?

(1) Tentar consolar — quiçá por meio dos cuidados paliativos⁵⁰ — o que é, muitas vezes, inconsolável (afinal, o adequado controle da dor, da dispnéia, da ansiedade e de quaisquer outras manifestações mórbidas pode não ser suficiente para que um homem deixe de desejar, para si, o consolo da morte)?

(2) Impor um “renascimento” forçado, a cada momento, pelo tratamento inconseqüente e contra a vontade do enfermo, adotando-se as nefastas e inclementes *obstinação terapêutica e distanásia*?⁵¹

(3) Abandonar o homem que sofre, deixando-o entregue a sua própria (má e desgraçada) sorte?

(4) Oferecer-lhe a possibilidade de acabar com seu sofrimento, possibilitando o fim do martírio através de uma ansiada (e desejável, de seu ponto de vista) *boa morte* — a eutanásia?

Entre as opções acima, qual aquela que poderia ser considerada como inscrita no acolhimento de um ser que padece? A resposta a tal questão vai emergir, precisamente, na relação entre aquele que assiste e aquele que é assistido: se a decisão for realmente não permanecer vivendo, acolher tal disposição é, efetivamente, um *ato de compaixão*. Como apresentado, tal acolhimento pressupõe o *não-julgamento* do outro — algo absolutamente explícito na declaração de Ramón, em *Mar Adentro* —, mas, sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente,²⁵ caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade.⁴⁰

ANTECIPANDO POSSÍVEIS CRÍTICAS

A despeito de sua fecundidade, a utilização da compaixão como referencial teórico nas discussões éticas e bioéticas, recebeu — e continua recebendo — algumas críticas, as quais devem, outrossim, ser discutidas, dentro da perspectiva própria de uma práxis compassiva, merecendo destaque (1) o paternalismo, (2) a pusilanimidade e (3) a inatingibilidade.^{52,53,54,55,56}

Paternalismo

Boa parte da acusação de “paternalista”, dirigida à ética de matriz compassiva, pode ser descrita como crítica às relações de poder. Em seu livro *Da Compaixão à Solidariedade*,⁵³ Sandra Caponi caracteriza como atinentes à “lógica da compaixão”, os seguintes aspectos:

[a lógica da compaixão] parece instaurar uma modalidade peculiar de exercício de poder que se estrutura a partir do binômio servir-obedecer, multiplicando, assim, a existência de relações dissimétricas, entre quem assiste e quem é assistido.

[Caponi, 2000:15-16]⁵³

Tal consideração se estriba — como reconhece a própria autora — na crítica nietzschiana, dirigida, sobretudo, ao Cristianismo, ao Budismo e ao pensamento de Schopenhauer. Assim, coube ao filósofo de *Além do Bem e do Mal*⁵⁴ e da *Genealogia da Moral*⁵⁵, a seguinte formulação:

Nossos benfeitores, ainda mais que nossos próprios inimigos, diminuem nosso valor e nossa vontade.

[Nietzsche, 1981:§ 338, p. 220]⁵⁶

Em tal situação — segundo argumenta Nietzsche — instaura-se uma profunda assimetria entre um e outro, estando o assistido em flagrante situação de inferioridade. Mas é precisamente neste contexto que o conceito de *compaixão laica* presentemente construído ganha maior expressão, na medida em que mesmo diante de uma circunstancial assimetria — como no caso da interação entre médico e paciente, por exemplo —, a relação é (ou deveria ser) construída entre sujeitos lançados no tempo, e, portanto, compartilhantes de uma igualdade inextirpável, a qual os torna inseparáveis do ponto de vista de sua origem (nascimento), finitude (morte) e sensibilidade (sofrimento). Ademais, retomando a perspectiva *protetora* da bioética, o objetivo nestas circunstâncias é facilitar que o outro em situação de desamparo possa ser acolhido, até que o exercício de sua autonomia possa ser restabelecido.

Em tal caracterização, torna-se claro que a *compaixão* não se estabelece *necessariamente* dentro de um contexto paternalista — ou seja, entre alguém “superior” e “alguém” inferior —, como parece ter sido a (equivoca) interpretação de Caponi,⁵³ na medida em que a acolhida incondicional do outro deve se dar, mantendo em alta conta os genuínos propósitos de vida do sujeito amparado. É por isso que a *compaixão laica* se estabelece entre “compáscuos” de uma radical e inquestionável *igualdade*, ou seja, *só há compaixão entre iguais*.

Pusilanimidade

A moral inscrita em um *ethos* compassivo vem sendo acusada de ser uma “ética para fracos” e “pusilânimes”:

[...] a figura do homem piedoso é alguém que não pode tolerar qualquer tipo de dor, por menor que seja, que não pode desfrutar ou aprender com sua solidão [...].

[Caponi, 2000:17]⁵³

De acordo com este ponto de vista, a motivação para uma *ação* compassiva poderia ser a repulsa à infelicidade e ao padecimento, a negação do alcance que o sofrimento pode ter para uma dada pessoa, como no entender de Nietzsche:

[...] tudo que pode ser vinculado à infelicidade, não preocupa a esse caro compassivo, ele quer *socorrer* e não pensa que existe uma necessidade pessoal da infelicidade; que tu e eu temos necessidade pessoal do medo, das provações, do empobrecimento, das vigílias, das aventuras, dos riscos, das transgressões e de seus contrários e mesmo, para me exprimir de modo místico, que o caminho de nosso céu atravessasse sempre a voluptuosidade de nosso próprio inferno.

[Nietzsche, 1981:§ 338, p. 220; grifo do autor]⁵⁶

Ora, se para a formulação da *compaixão* laica é preciso, justamente, reconhecer a impermanência de todas as coisas e o sofrimento que se manifesta em toda a existência senciente, como o homem compassivo pode ser caracterizado enquanto “alguém que não pode tolerar qualquer tipo de dor” — ou seja, um fraco e pusilânime? Há uma questão de compreensão em relação à verdadeira natureza da *compaixão*, concebida em termos seculares. Ademais, pode-se responder a Nietzsche, em concordância com Sérgio Fernandes:⁵⁷

Não há *compaixão* sem compreensão. (...) A Grande *Compaixão* tem sido demasiado facilmente confundida com enternecimento frouxo, mas a ternura do coração é ríspida, senão afiada, cortante, penetrante como a espada. “Tornar-se vulnerável”, “sem defesa”, ou “tornar-se como as criancinhas”, no sentido de compreender que se é, antes de mais nada, criatura, apesar de criadora como o Criador, é algo que exige tamanha resistência que faria tremer de medo um super-homem.

[Fernandes, 2005: 319]⁵⁷

A *compaixão* nada tem a ver com a fraqueza apontada por Nietzsche e por Caponi, na medida em que a igualdade só pode ser reconhecida em um contexto em que se identifica o sofrimento como intrínseco à existência de todos e de cada um. A moral do cordeiro, tão comentada por Nietzsche na *Genealogia da Moral*, nada tem a ver com a atitude autenticamente compassiva. *Só há compaixão entre tenazes.*

Inatingibilidade

Seria a compaixão atingível pelo homem das sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas? Nos termos apresentados em relação à Compaixão inerente às Tradições Sagradas — Budista e Cristã —, quase certamente não, de acordo com as considerações apresentadas no início deste ensaio. Sobre isto, pode-se interpor um excerto de Nietzsche, transcrito de *A Gaia Ciência*:

O que nos faz sofrer de modo mais profundo e pessoal é ininteligível e inatingível a *quase* todos os outros; nisto que permanecemos ocultos a nosso próximo mesmo quando coma conosco na mesma mesa.

[Nietzsche, 1981:§ 338, p. 219; grifo *nosso*]⁵⁶

O aforismo de Nietzsche é elucidativo, trazendo em seu bojo a possibilidade de compreensão da (aparente) aporia da inatingibilidade: a palavra *quase*. Por que não todos? Provavelmente, porque alguns são capazes, efetivamente, de reconhecer o sofrimento como constitutivo da existência humana — e dos demais seres sencientes —, *independente* do mote a partir do qual este se manifesta — perdas, doenças, traumas e outros. Na verdade, a dificuldade está, precisamente, em reconhecer-se a inegável igualdade que perpassa toda a existência, nos termos presentemente pontuados, e reiterados pelo físico David Bohm:⁵⁸

[é] enganoso e sem dúvida errado supor, por exemplo, que cada ser humano é uma realidade independente que interage com outros seres humanos e com a natureza. Em vez disso, todos esses são projeções de uma totalidade única. [...] Deixar de levar isso em consideração deve, inevitavelmente, levar aquele que o deixa a uma confusão séria e persistente em tudo o que faz.

[Bohm, 1992, p. 275]⁵⁸

Uma vez *com-preendido* tal pressuposto, a inatingibilidade, simplesmente, cessa de ser um problema. Nasce-se, sofre-se e morre-se e neste ciclo, *samsara* em termos budistas, expressa-se a impermanência inerente à ordem de toda a forma de vida. *A compaixão é universal.*

CONSIDERAÇÕES DERRADEIRAS

A experiência de viver um profundo sofrimento — como, por exemplo, estar morrendo vitimado por uma doença grave e incurável, ou, ainda, estar “encarcerado” na própria vida (por uma tetraplegia e/ou uma doença degenerativa) —, pode se constituir em algo insuportável para o titular da existência. Nestes casos, quando o desespero e a agonia dão o *tom*, preenchendo completamente os dias e noites, a interrupção — definitiva — do martírio torna-se, muitas vezes, a melhor (ou única) opção para aquele que se esvai, de tal sorte que uma “boa morte”, a *eutanásia*, pode se constituir em uma genuína libertação.^{59,60}

Aquiescer a tal anseio, fornecendo os meios para a prática da eutanásia — ou, efetivamente, concretizando-a com as próprias mãos — pode ser moralmente justificável em tais circunstâncias? Tal foi a questão trabalhada neste artigo, tomando como esteio a idéia de *Compaixão*, recuperada a partir de seu sentido *originário* nas Tradições Sagradas — especialmente o Budismo —, mas redimensionada na ordem discursiva própria da filosofia ocidental, agora como *compaixão* laica em íntima relação com os referenciais teóricos da *bioética da proteção*. Assim, pois, é argumentativamente cogente afirmar que agir por *compaixão* implica:

(1) a *com-preensão* de que (a) nascer e morrer são dimensões inextirpáveis de qualquer vida — o que torna os viventes possuidores de uma igualdade inquestionável —, (b) inscrita no tempo e, por conseguinte, impermanente, (c) sujeita a sofrimentos das mais diferentes ordens e, eventualmente, reconhecíveis como não mais toleráveis por seres racionais e razoáveis e,

(2) a *ação* de acolhimento incondicional daquele que sofre, *não-julgando-o*, a partir do oferecimento de uma *boa-morte* que lhe permitirá encerrar seus dias com dignidade.

Esta seria uma possível síntese da inscrição da *compaixão* laica no debate moral sobre a eutanásia, entrando em cena enquanto horizonte capaz de permitir o abrigo daquele que padece, garantindo sua autonomia, no sentido de tornar fato a disposição de fenecer em paz e sem dor — caracterizando uma *boa morte*. Eis a acolhida incondicional.

Ademais, se se reconhece que, nestes termos, há uma atitude de amparo à autonomia do indivíduo decidido a morrer, garantindo o seu ‘exercício’ em um momento de fragilidade, é factível conceber, claramente, que, em última análise, a *compaixão* pode ser pensada como uma fundamental característica da *bioética da proteção*. De fato, o alcance da *compaixão laica* coincide com o próprio *ethos* do mundo homérico — agora dimensionado em *óikos* —, na medida em que se institui como *morada*, acolhida incondicional da experiência de viver, quiçá reiterando sua beleza, o que pode, perfeitamente, significar, como nas palavras de Platão, aprender a morrer...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patterson R, George K. Euthanasia and assisted suicide: a liberal approach versus the traditional moral view. *J Law Med* 2005;12(4):494-510.
2. Sullivan D. Euthanasia versus letting die: Christian decision-making in terminal patients. *Ethics Med* 2005; 21(2):109-18.
3. Wolf SM. Physician-assisted suicide. *Clin Geriatr Med* 2005; 21(1):179-192.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciêñ Saúde Col* 2005 (submetido).
5. Breslin JM. Autonomy and the role of the family in making decisions at the end of life. *J Clin Ethics* 2005;16(1):11-9.
6. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):949-956.
7. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. *Iatrós – Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:121-130.
8. Schramm FR, Floriani CA. Bioética em cuidados paliativos. No prelo 2005.
9. Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
10. Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
11. Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
12. Barboza J. Schopenhauer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
13. Bentsion S. Torah, Etz Chaim (Torah, Árvore da Vida). Um chamado para o despertar de Judeus e não-Judeus. Capturado de

<http://www.yeshuachai.org/forum/viewtopic.php?p=16890&sid=f9a9d8337e7e4f11d76461a4435bfed7>, em outubro de 2005.

14. Bíblia Sagrada. 3^a ed. Lisboa: Difusora Bíblica; 1968.
15. Mahatma Gandhi. *Handeln aus dem Geist*. Freiburg: Herder, 1977.
16. Lao Tsé. *Tao Te Ching: o Livro do Caminho e da Virtude*. 4^a ed. São Paulo: Mauad; 1999.
17. Santo Agostinho. *Confissões*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
18. Pascal B. *Écrits sur la Grâce*. Paris: Lafuma/Sueil, 1963.
19. Scott D, Doubleday T. *O livro de ouro do Zen*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2000.
20. Siqueira-Batista R. Zen-budismo: um primeiro escrito. *Iatrós – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:5-36.
21. Suzuki DT. *Introdução ao Zen-budismo*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1973
22. Dalai Lama. *O mundo do Budismo tibetano: uma visão geral de sua filosofia e prática*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.
23. Brandon D. *Ajuda pelo Zen-Budismo*. São Paulo: Pensamento; 1976.
24. Dalai Lama. *Os estágios da meditação*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
25. Boff L. *Saber Cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela Terra*. 8^a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
26. Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-37.
27. Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
28. Gyatso GK. *Compaixão universal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
29. Platão. *A República*. 3. ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian; 1980.
30. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1985.
31. Aristotle. *The Politics and the Constitution of Athens*. New York: Cambridge University Press; 1996.
32. Sen A. *Equality of what?* McMurrin S (org.). *Tanner Lectures on Human Values*. Cambridge: Cambridge University Press; 1980. p. 34-48.
33. Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Rio de Janeiro: Record; 2001.
34. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Cien Saud Col* 2005; 10(1): 129-142.

35. Sen A. Capacidad y Bienestar. In: Nussbaum M, Sen A (orgs.). La calidad de vida. Ciudad do México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 54-83.
36. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
37. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os Filósofos Pré-socráticos: História Crítica com Seleção de Textos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.
38. Aristote. Problèmes. Paris : Belles Lettres c1991-1994.
39. Campbell J. Temas mitológicos na arte e na literatura criativa. In: Campbell J. Mitos, sonhos e religião. Rio de Janeiro: Ediouro; 2001.
40. Leloup J-Y. A montanha no oceano: meditação e compaixão no budismo e no cristianismo. Petrópolis: Vozes, 2002.
41. Boff L. Princípio de compaixão e cuidado. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
42. Derrida J. A solidariedade dos seres vivos (entrevista com Evandro Nascimento). Folha de S. Paulo/Mais! 485:12-16, 2001.
43. Derrida J. Voyous. Galilée: Paris; 2003.
44. Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciên. Saúde Coletiva 2005; 9(3):773-784.
45. Campbell J. As transformações do mito através do tempo. 10ª ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
46. Zaidhaft S. Morte e Formação Médica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
47. Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. Rev Bras Edu Méd 2000; 24(3):40-45.
48. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
49. Amenábar A. Mar Adentro. Espanha: 20th Century Fox / Fine Line Features, 2004.
50. Floriani CA. Princípios éticos aplicados aos cuidados paliativos. Iatrós – Ensaio de Filosofia, Saúde e Cultura 2005; 1:157-166.
51. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das Unidades de Terapia Intensiva contemporâneas. In: Schramm FR, Rego STA. Bioética, Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2005 (no prelo).
52. Van Delden JJ. The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. J Med Ethics 2004; 30(5):447-51.
53. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
54. Nietzsche F. Além do bem e do mal. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
55. Nietzsche F. Genealogia da moral. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

56. Nietzsche F. A gaia ciência. São Paulo: Hemus; 1981.
57. Fernandes SLC. Ser humano: um ensaio em antropologia filosófica. Rio de Janeiro: Mukharajj; 2005.
58. Bohm D. A totalidade e a ordem implicada. Uma nova percepção da realidade. São Paulo: Cultrix; 1992.
59. Siqueira-Batista R. Eutanásia e compaixão. Rev Bras Cancerol 2004; 50(4): 334-340.
60. Siqueira-Batista R. Bioética e compaixão. Jornal do Cremerj 2004; 17(1): 15.

6. DISCUSSÃO

A situação, única e irrepetível, de se estar, inequivocamente, face a face com a morte, é uma das mais agudas e genuínas experiências do existir humano, como tão bem retratado por Ingmar Bergman em *O Sétimo Selo* (Bergman, 1956). Em muitas destas circunstâncias, um sofrimento inextirpável e, muitas vezes, excruciante, torna os dias umbrosos, matizados em preto e branco, insuportáveis em seu transcorrer. O tempo não passa, mal passa, sendo contado em cada grão de areia que insiste em migrar pelo orifício da ampulheta: eis o homem às margens do Aqueronte, o rio mítico do padecimento, pertencente ao Reino dos Mortos.

Agrilhado neste cárcere, no qual, de seu ponto de vista, *morrer é não poder morrer* (Kierkegaard, 2002), o homem, após reflexões “temperadas” por angústias e dores, decide para si o bálsamo da *boa morte*, a libertação de sua condição de mortal senciente, em um definitivo mergulho no infinito íntimo da eternidade.

Neste âmago, pensando nos milhares de homens e mulheres que, diuturnamente, encontram-se condenados aos martírios mais intensos, por não poder morrer em Paz — e, aqui, a imagem, paradigmática, de Ramón Sampedro não cessa de manifestar-se diante dos olhos — foi elaborado o presente trabalho, dedicado às discussões sobre a moralidade da *boa morte*, a *eutanásia*.

Assim, a *abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento*, foi tematizada e debatida, enfocando-se aqueles aspectos considerados os mais significativos em seu cerne, a saber: o (1) *sofrimento* e a (2) *finitude* de um sujeito que, estribado em sua (3) *autonomia*, decide morrer, necessitando, nestes termos, da *proteção* de um outro — capaz de garantir sua autodeterminação —, o qual lhe conduz à *boa morte*, em um genuíno ato de (4) *compaixão*. Tal é a síntese dos cinco artigos apresentados, os quais compõem um corpo orgânico, nos termos a seguir.

Em *Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia* (Siqueira-Batista & Schramm, 2005a) — ou *O estado da arte*, ou, simplesmente, *Conversações* — é apresentado o “plano geral” da tese, enfocando-se os distintos pontos que serão abordados. Inicialmente, a eutanásia é conceituada, classificada e confrontada com outros aspectos relativos às controvérsias morais sobre o fim da vida

— *suicídio assistido, distanásia, ortotanásia e mistanásia* — para, em seguida, passar-se à argumentação *pró* — embasada nos princípios de qualidade de vida e do respeito à autonomia — e *contra* — estribada no princípio da sacralidade da vida e no argumento do *slippery slope* (“ladeira escorregadia”) — a sua realização. Ademais, neste artigo, logo de início, é pontuado que nas questões bioéticas sobre o fim da vida

[...] não cabe tão somente se interrogar sobre a morte enquanto tal — em última análise, um problema de ordem científica, com implicações próprias, como nas decisões acerca dos transplantes de órgãos —, devendo-se, outrossim, desviar o ângulo do movimento — o turbilhão a partir do qual floresce o passamento — para sua mais lídima tessitura, de ordem existencial e filosófica: a finitude [...].

[Siqueira-Batista & Schramm, 2005a:112]

A finitude — tematizada, em íntima interseção com a dimensão do sofrimento, no ensaio *Eutanásia e compaixão*, ou *sobre a eutanásia como libertação*, ou, apenas, *Compaixão* (Siqueira-Batista, 2004) —, é caracterizada, mais adiante no texto, como completamente imbricada às questões de *qualidade de vida* e de seu vicário princípio de respeito à autonomia. Tais temáticas são, precisamente, o cerne do segundo ensaio da tese, *Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia*, ou *sobre a Lei de Hume*, ou, apenas, *Veredas* (Siqueira-Batista & Schramm, 2004c) — em última análise, uma retomada do artigo *¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido?*, de Fermim Roland Schramm (Schramm, 2001) —, no qual é “desmontada” a idéia de que *o conceito de morte pode ser considerado fidedigno e, portanto, consensual, para a legitimação moral da eutanásia*, cuja base argumentativa é a Lei de Hume (Moore, 1999), proibitiva em relação à inferência de “valores” a partir de “fatos”. Na articulação geral do texto, parte-se da constatação de alguns problemas inerentes à formação médica — no que se refere às dificuldades para se lidar com a morte, quiçá originários do arquétipo de Asclépio (Grimal, 1997) — e da delimitação do conceito de eutanásia — bem como de suas mais usuais classificações (algo já apresentado, em detalhe, em *Conversações*) —, para, a seguir, enfrentar-se alguns dos graves problemas relativos ao conceito científico de morte (com implicações, inclusive, no âmbito dos transplantes de órgãos), os quais também concorrem, além da Lei de Hume, para inviabilizar seu uso na validação moral (ou não) da eutanásia.

Abre-se, assim, a perspectiva para o emprego de um substitutivo pertinente à “ordem dos valores”, a *autonomia* pessoal do morrente, já apontada no artigo “*Conversações*” como a base para a argumentação pró-eutanásia. Pondera-se que:

[...] cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de sua forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável [...].

[Siqueira-Batista & Schramm, 2004c:38]

De fato, no artigo delimita-se claramente um novo horizonte, no qual:

Deslocar-se-ia, em outros termos, o problema do *conceito de morte* — a ser supostamente estabelecido pela ciência — para uma pergunta sobre o exercício da *autonomia* do próprio interessado, calcado na decisão de não permanecer em um sofrimento indesejável — em um martírio que não o conduzirá a lugar nenhum — ou, então, de continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas, sim, por uma opção pessoal, que pode até ser de se submeter, por boas razões, à imposição do *outro*.

[Siqueira-Batista & Schramm, 2004c:38-39]

A autonomia configura-se, assim, como um dos mais poderosos conceitos em favor da moralidade da *boa morte*. Entretanto, como bem anunciado em “*Conversações*” e reiterado em *Veredas*, a autonomia é algo bastante problemático, sujeito a controvérsias e aporias capazes, inclusive, de inviabilizá-lo em sua aplicação. Encarar a crueza de tal questão foi o esforço desenvolvido no terceiro e maior artigo, *A eutanásia e os paradoxos da autonomia*, ou *sobre a autonomia como ficção*, ou, tão somente, *Paradoxos* (Siqueira-Batista & Schramm, 2005b), o qual foi “inspirado” nas discussões entabuladas por Fermin Roland Schramm em *A autonomia difícil* (Schramm, 1998), por Marlene Braz em *Autonomia: onde mora a vontade livre?* (Braz, 1999) e por Miguel Kottow em *Enseñando las paradojas de la autonomía* (Kottow, 2000).

No artigo *Paradoxos* busca-se investigar, criteriosamente, o princípio de autonomia, recuperando suas origens, grega e cristã, e mapeando alguns de seus caminhos ao longo da tradição ocidental, até sua “acabada” formulação na modernidade com Immanuel Kant, o arauto da *boa vontade* (Kant, 1960). Delimita-se, igualmente, retomando as considerações elaboradas em *Conversações* e *Veredas*, a consistência da autodeterminação no âmbito da eutanásia, partindo-se, a seguir, para o enfrentamento de seus paradoxos: (1) o debate acaso *versus* necessidade, originário na filosofia pré-socrática (Kirk et al, 1994; Siqueira-Batista, 2003) e redimensionado no pensamento de vários filósofos ulteriores, bem como nas concepções científicas dos séculos XVII a XX, especialmente no âmbito da física; esta discussão tem capital importância para se

pensar na autonomia, ao se caracterizar que *o correspondente ético do debate epistemológico acaso / necessidade é o par antagônico livre-arbítrio / determinação* (Siqueira-Batista & Schramm, 2005b) — ou seja, se há uma determinação absoluta no mundo, como queriam os estóicos (Gazolla, 1999) e Spinoza (2003), não há espaço para a vontade livre; (2) a possibilidade, real e estarrecedora, da determinação biológica, tomando-se como exemplos o caso das neurociências e da genética, nas quais o homem parece ser definido por seu repertório genômico e pela “arquitetura” de seu sistema nervoso central; (3) a crítica ao racionalismo ético de Kant, entabulada pelos filósofos Arthur Schopenhauer e Friedrich Nietzsche — os quais subvertem a *boa vontade* da *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, respectivamente, em uma vontade indestrutível, eterna, cega e irracional (Schopenhauer, 2005) e em vontade de poder (Nietzsche, 2000) —, ambas “inspiradoras” do ataque definitivo — a partir do qual o sujeito “autônomo” jamais seria o mesmo — elaborado por Sigmund Freud com a criação da Psicanálise; e (4) as tensões entre autonomia e justiça, típicas das sociedades democráticas, laicas e plurais contemporâneas, e reatualizáveis nas discussões entre individualismo e coletivismo (Oliva, 1999), as quais tornam pouco factível o exercício da liberdade dentro de coordenadas sociais específicas. A conclusão, antevista e aterradora, conduz a autonomia ao (possível) horizonte da ficção, o que, no entanto, não é justificativa cabal para impedir a ação. Se, efetivamente, ser autônomo é uma “irrealidade”, que se faça, então, a *melhor ficção possível*.

Fictícia ou não, a autonomia é uma das preocupações da *bioética da proteção* — responsável por *descrever* conflitos morais, *prescrever* as melhores condutas e *proteger* os envolvidos —, na medida em que a pessoa em situação de desamparo — e incapaz de exercer sua autodeterminação de modo pleno —, deve ter sua liberdade resguardada. É precisamente neste *core* que se inscreve o conceito de *compaixão laica*, o qual foi trabalhado no corpo da tese, em três momentos:

(1) No artigo *Conversações*, compreendendo-se a pertinência de se incluir o *outro* — em relação aquele que sofre — no debate, afirmando-se, para isto, a necessidade de se discutir a eutanásia enquanto *ação compassiva*, na medida em que o homem que sofre é incondicionalmente acolhido, o que permite uma *articulação complexa* entre (a) sacralidade da vida, (b) qualidade de vida e (c) autonomia — com, diga-se de passagem, a superação do (4) argumento do *slippery slope* — nos seguintes termos:

[...] a vida de um homem submetido a excruciante padecimento não deixa de ser sagrada — pondo-se de lados os dogmatismos cegos e os fundamentalismos — pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de se por um fim ao seu curso. Neste caso, a própria condição de se admitir, em meio a um padecimento incurável e intratável, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o doente atribui alto valor à sua própria vida, não desejando profaná-la ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim. Morre, neste caso, pode significar também uma clara demonstração de apego pela própria existência, situando-a em uma dimensão beatífica. E, ainda, *se este mesmo homem é amparado — e, por que não, protegido* —, no sentido de se facultar sua inquebrantável disposição para o ocaso, não se corre o risco de estender, escorregar, indevidamente para situações obscuras e danosas em relação à prática da eutanásia, uma vez que a palavra daquele que sofre, o titular da vida, será sempre a última fronteira.

[Siqueira-Batista & Schramm, 2005a:117; grifo nosso]

A citação traz uma primeira articulação entre o amparo e a proteção (grifo) — a qual foi melhor elaborada no quarto e quinto artigos da tese —, além de reorganizar (ou reorientar) os argumentos pró e contra, como visto, em termos de *acolhida incondicional*, o fulcro da lídima compaixão.

(2) No ensaio *Eutanásia e compaixão* (ou “*Compaixão*”) são expostas, em um primeiro momento, as dimensões do sofrimento — físico, psíquico e social — e da finitude, atinentes às controvérsias morais acerca da eutanásia, passando-se, a seguir, para a utilização das “ferramentas” da bioética da proteção de Schramm & Kottow (2001), discutida nos termos da *compaixão*. Retomando o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) no mundo homérico — “dar abrigo”, “morada”, “abrigo” ou, mesmo, *proteção* aos animais — estabelece-se uma discussão com base na intrínseca perspectiva protetora da *ética* — e, por conseguinte, da *bioética*, na medida em que “toda ética é, antes, uma bioética” (Schramm, 1994), tendo como foco a acolhida do homem que está em meio a um sofrimento profundo e defronte à morte. Ora, o acolhimento incontestado é, justamente, como discutido em *Conversações*, a ação compassiva por “natureza” — mormente se recuperado a partir de sua “gênese” na cultura oriental, especialmente hinduísta (Schopenhauer, 2000; Schopenhauer, 2001) e budista (Brandon, 1976; Siqueira-Batista, 2005), na medida em que pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas, sim, e tão somente, o amparo incondicional à sua condição de vivente, caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade, protegendo-o, sem, no entanto, revestir-se de uma atitude “paternalista”, ao considerar o amparado como alguém “inferior” ou “fraco”:

[...] é incorreta a perspectiva de compreender a compaixão enquanto piedade, desde que esta seja entendida apenas como beneficência passiva de alguém em uma situação de “superioridade” para um outro em total impotência e penúria. A genuína compaixão se estabelece entre *iguais* — sujeitos que se reconhecem mutuamente entre si —, na medida em que se compreende a vida como manifestação de um mundo ambíguo — prazeres e dores; felicidades e sofrimentos; sabores e agruras —, marcado pela impermanência e transitoriedade de todas as coisas, às quais todos os vivos, sencientes, estão invariavelmente submetidos. Acerca disto, por exemplo, não se pode olvidar que é diante da finitude que se expressa de forma mais consistente a igualdade de todos os humanos, perecíveis, sujeitos inexoravelmente ao acaso e, como discutido, sabedores de sua condição.

[Siqueira-Batista, 2004: 338].

Estabelece-se, em primeira mão, uma crítica à visão que identifica compaixão com pena ou piedade, caracterizando aquela como algo que se estabelece entre iguais. Mas, em que consistiria tal igualdade?

(3) O escrito *A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia* — ou *sobre a acolhida*, ou, simplesmente, *Proteção-compaixão* (Siqueira-Batista & Schramm, 2005c) —, retoma a questão acima. Movendo-se, uma vez mais, em meio aos referenciais teóricos da bioética da proteção, o artigo pondera sobre a possibilidade de a compaixão ser um elemento crucial desta última, desde uma perspectiva laica. Estabelece-se a secularização, partindo-se da *Compaixão* (com inicial maiúscula) das Tradições Sagradas — cristã, mas, sobretudo, budista — em direção à proposta de uma *compaixão laica* (com inicial minúscula), com base no reconhecimento da *igualdade* — retomando a questão de Amartya Sen: *igualdade de quê?* (Sen, 2001; Siqueira-Batista & Schramm, 2005d) —, a qual permeia todos os seres vivos (nascer e morrer) sencientes (sofrer) — tal qual o formulado na “argumentação em sete passos”:

- (1) todos os seres vivos são finitos e perecíveis, estando inscritos no tempo, subservientes, então, aos ditames do nascimento e da morte;
- (2) dentre os vivos há aqueles capazes de padecer, os sencientes, os quais agem para evitar (ou minimizar) seus respectivos sofrimentos;
- (3) o reconhecimento de (1) e (2) impõe que se aceite a *igualdade radical e irrestrita* que perpassa todos os seres;
- (4) a atitude diante de um igual que sofre só pode ser de amparo, na medida que, em última análise, nestes momentos cruciais, a *compreensão* de (3) torna inconsistente que o *eu* se veja como completamente independente (e apartado) do *outro* que sofre;
- (5) amparar tal vivente em martírio — havendo distinção, mas não separação, entre aquele que “recebe” e aquele que é “recebido” — é acolher a igualdade radical imanente à condição de vivente;
- (6) acolher/proteger o outro, em tal circunstância, só pode ser obtido sem julgamento, ou seja, a partir da recepção incondicional de sua *situação-no-mundo* (a despeito dos sofrimentos, desejos e decisões autônomas, em relação à sua própria existência);
- (7) o acolhimento/proteção assim expresso é um genuíno ato de compaixão.

[Siqueira-Batista & Schramm, 2005c].

Ademais, as críticas que identificam a *compaixão* com o “paternalismo”, a “pusilanimidade” e a “inatingibilidade” são apresentadas e preliminarmente rebatidas (reconhece-se, entretanto, que uma discussão mais pormenorizada deverá ser construída, oportunamente, em um momento posterior).

Percebe-se, com base nestes comentários, a existência de uma fluida articulação entre os artigos — todos, de certa forma, já “contidos” em *Conversações* (vale aqui a metáfora do holograma...) —, os quais vão se compondo na construção da tese central presentemente defendida e acima já explicitada: *a eutanásia vai se constituir como questão decisiva nas circunstâncias em que há (1) sofrimento e a (2) finitude de um sujeito que, estribado em sua (3) autonomia, decide morrer, necessitando, nestes termos, da proteção de um outro — capaz de garantir sua autodeterminação —, o qual, ao lhe conduzir à boa morte, realiza um genuíno ato de compaixão.*

Tal é a síntese do trabalho desenvolvido durante o doutoramento, cuja principal contribuição pretende ser o desenvolvimento de uma reflexão sobre a bioética da proteção e a compaixão *laica*, sem perder de vista o homem que está *morrendo* (não se pode olvidar que todos, de fato, estão, desde o nascimento), em *sofrimento* profundo, e que deseja, em um última manifestação de sua *autonomia* (fictícia ou não), fenecer em paz, em seu derradeiro e profundo mergulho na águas — aqui concebidas como libertárias — do Aqueronte...

7. CONCLUSÃO

As conclusões alcançadas, confrontadas com os objetivos, são as seguintes:

Objetivo 1 – delimitar o conceito de eutanásia da forma mais rigorosa possível, confrontando-o com os demais conceitos relativos à bioética do fim da vida;

Conclusão 1 – Como *eutanásia* — conceito “forjado” ao longo da investigação — entende-se *a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento.*

Objetivo 2 – apresentar os principais aspectos, pró e contra, da argumentação ética, relativos à eutanásia;

Conclusão 2 – Foram identificados como principais esteios para a argumentação-pró (1) o *princípio da qualidade de vida* e (2) o *princípio de respeito à autonomia*, e, para a argumentação-contra (1) o *princípio da sacralidade da vida* e o (2) argumento do *slippery slope* (“ladeira escorregadia”); houve uma tentativa de articulá-los, complexamente, em torno da concepção de acolhimento incondicional.

Objetivo 3 – desconstruir a idéia de que a definição de morte seria capaz de sustentar as discussões morais sobre a eutanásia, propondo que tal lugar deva ser ocupado pelo princípio da autonomia;

Conclusão 3 – De fato, ponderou-se que a morte, enquanto pertencente à ordem dos fatos (científica) não pode sustentar o debate moral acerca da *boa morte*, algo já previsto na Lei de Hume; sem embargo, caracterizou-se a definição de morte como tão difícil de ser alcançada — e, por conseguinte, de ser irrestritamente empregada —, que seu emprego, em tal debate, se torna completamente esvaziado de sentido.

Objetivo 4 – discutir os aspectos histórico-conceituais e os problemas relativos ao princípio da autonomia, expondo seus paradoxos e suas limitações para as discussões bioéticas sobre a eutanásia;

Conclusão 4 – A autonomia foi revista em suas origens, discutida em termos do debate moral da eutanásia, e problematizada, de modo contumaz, identificando-se quatro ordens de paradoxos — (1) acaso *versus* necessidade, (2) determinação biológica, (3) determinação psíquica inconsciente e (4) incompatibilidade autonomia/justiça —, os quais colocam em xeque sua “realidade”, na medida e que “ser autônomo” pode ser, tão somente, uma ficção.

Objetivo 5 – apresentar os aspectos relativos à finitude e ao sofrimento, demarcando sua importância nos debates sobre a eutanásia;

Conclusão 5 – A finitude — o *se-saber-mortal* — e o sofrimento — físico, psíquico e social — são peças-chave no âmbito das controvérsias morais sobre a eutanásia; cabe, em relação ao homem que padece, adotar um posicionamento de amparo/proteção, auxiliando-o, tanto no caso de optar por manter-se vivo — com oferecimento da maior qualidade possível (por exemplo, cuidados paliativos) —, quanto na situação de decidir por sua morte — com a dádiva, libertadora, da eutanásia.

Objetivo 6 – propor o conceito de compaixão laica, inscrito no referencial teórico da bioética da proteção, como elemento crucial para a adequada abordagem das questões morais relativas à eutanásia.

Conclusão 6 – Construiu-se o conceito de *compaixão laica* — o qual pressupõe (a) a igualdade radical e irrestrita dos seres vivos sencientes (que nascem, morrem e podem sofrer), (b) a compreensão desta igualdade constitutiva e inextirpável, (c) o amparo de um “eu” por um “outro” (ambos *seres-lançados-no-mundo*), distintos, mas não separados —, elemento fundamental da bioética da proteção, discutindo-o em termos da moralidade da eutanásia.

REFERÊNCIAS

I – Introdução e discussão

- Admiral P. Euthanasia and assisted suicide. In: Thomasma DC, Kushner T (orgs.). Birth to Death. Cambridge: Cambridge Press; 1996. p. 202-214.
- Alexander L. Medical science under dictatorship. *N Engl J Med* 1949; 241:39-47.
- Almeida JL, Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics and the rise of bioethics? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(supl. 1): 15-25.
- Ariès, P. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981. 2v.
- Arreguy EEM, Schramm FR. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(2): 117-123.
- Bacon F. *De Dignitate et Augmentis Scientiarum*. Stuttgart: Bad-Cannstatt; 1963.
- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
- Bergman I. O sétimo selo. Suécia: Janus Films; 1956.
- Bíblia Sagrada. 94ª ed. São Paulo: Ave-Maria; 1995.
- Brandon D. Ajuda pelo Zen-Budismo. São Paulo: Pensamento; 1976.
- Braz M. Autonomia: onde mora a vontade livre? In: Carneiro F. A moralidade dos atos científicos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro; 1999. p. 91-100.
- Chocron Maia GJ. A morte como opção em vida: a eutanásia examinada sob os aspectos filosóficos e legais. *Iatrós – Ensaios de filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1(1): xxx-xxx.
- Comby MC, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the 'Rhone-Alpes' region. *Palliat Med* 2005; 19(8):587-593.
- Costa CRBSF, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Rev Bras Edu Méd* 2004; 28(3):242-250.
- Dastur F. A morte. Ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
- Delacampagne C. História da filosofia no século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- Diôgenes Laértios. Vidas e doutrinas dos Filósofos Ilustres. 2ª ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1977.

- Engelhardt DV. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta Bioética* 2002; 8(1): 55-66.
- Épicure. *Lettres, maximes, sentences*. Paris: Librairie Générale Française; 1994.
- Floriani CA. Princípios éticos aplicados aos cuidados paliativos. *Iatros – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:157-166.
- Gazolla R. *O ofício do filósofo estóico*. Loyola: São Paulo; 1999.
- Goldim JR. Caso Vincent Humbert: eutanásia ativa voluntária. Site <http://www.bioetica.ufrgs.br/humbert.htm>. Consultado em dezembro de 2003.
- Grimal P. *Dicionário de mitologia grega e romana*. 3ª ed. Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro; 1997.
- Hippocrates. *The oath*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
- Homère. *Iliade*. 9^{ème} tirage. Paris: Belles Lettres; 1994. Tomes I, II, III, IV.
- Hume D. *Essays on suicide and immortality of the soul*. Chicago: Thoemmes Press; 1992.
- Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Jiménez de Asúa L. *Libertad para amar y derecho de morir*. Buenos Aires: Losada; 1942.
- Kirk GS, Raven JE, Schofield M. *Os Filósofos pré-socráticos: História crítica com seleção de textos*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa; 1994.
- Kierkegaard S. *O desespero humano*. São Paulo: Martin Claret; 2002.
- Kottow M. *Introducción a la bioética*. Santiago: Universitaria; 1995.
- Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Rev Bras Edu Méd* 2000; 24(3):40-45.
- Kant I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Edições 70: Lisboa; 1960.
- Kant I. *Lógica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1993.
- Lachs J. Dying old as a social problem. In: McGEE G (org.). *Pragmatic Bioethics*. Nashville and London: Vanderbilt University Press; 1994. p. 194-203.
- Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 1999; 7(1): 41-48.
- Luce JV. *Curso de filosofia grega: Do séc. VI a.C. aos séc. III d.C.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1994.

- Mccarrick PM. Ethics committees in hospitals. *Kennedy Institute Ethics J* 1992; 2(3): 285-306.
- Moore GE. *Principia Ethica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1999.
- Mori M. A Bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994; 9(4): 333-341.
- Morrin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
- Morus, T., 2000. *A Utopia*. Trad. Luís Andrade. São Paulo, Nova Cultural.
- Nietzsche F. O nascimento da tragédia, ou helenismo e pessimismo. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
- Nietzsche. Assim falou Zarathustra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
- Oliva A. Conhecimento e liberdade. 2ª ed. Porto Alegre: Editora PUCRS; 1999.
- Pecoraro RR. A filosofia ensangüentada. *AnaLógos* 2002; 2(1): 160-170.
- Pessini L. Distanásia. Até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo / Loyola; 2001.
- Platão. Fédon. 2ª ed. Rio de Janeiro: Abril Cultural; 1979.
- Platão. A República. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1987.
- Platão. Apologia de Sócrates. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
- Potter VR. Bioethics, science of survival. *Biol Med* 1970; 14:173-153.
- Potter VR. Bioethics: Bridge of the future. Englewood: Prentice-Hall; 1971.
- Quill TE. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991; 324(10): 691-694.
- Rego STA. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
- Rego STA, Palácios M, Schramm FR. Ensino de bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego STA, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-185.
- Ribeiro CDM. “Cultura dos limites”, justiça sanitária e alocação de recursos: argumentações racionais acerca dos conflitos morais em medicina intensiva neonatal, do ponto de vista dos profissionais intensivistas. Tese de Doutorado. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2002.
- Sá MFF. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. Belho Horizonte: Del Rey; 2001.

- Santo Agostinho. Confissões. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
- Schopenhauer A. Parerga e paralipomena. São Paulo: Nova Cultura; 2000.
- Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
- Schramm FR. Toda ética é, antes, uma bioética. Humanidades 1994; 9(4):324-331.
- Schramm FR. Niilismo tecnocientífico, holismo moral e a 'bioética global' de V. R. Potter. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 1997; 4(1):95-115.
- Schramm FR. A autonomia difícil. Bioética 1998; 6(1):27-37.
- Schramm FR. A difícil dialética entre economia e ética. Rev Bras Edu Méd 2000; 24(1): 77-81.
- Schramm FR. ¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? Perspectivas Bioéticas 2001; 6(11): 43-54.
- Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol 2002a; 48(1): 17-20.
- Schramm FR. A questão da definição de morte na eutanásia e no suicídio assistido. Mundo Saúde 2002b; 26(3): 178-83.
- Schramm FR. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. Iatrós – Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura 2005; 1:121-130.
- Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4):949-956.
- Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. Palliat Med 2006; 20(1):3-10.
- Sen A. Desigualdade Reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
- Sêneca. Aprendendo a viver. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Singer P. Vida ética. Tradução de Alice Xavier. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
- Siqueira-Batista R. Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
- Siqueira-Batista R. Eutanásia e compaixão. Rev Bras Cancerol 2004; 50(4): 334-340.
- Siqueira-Batista R. Zen-budismo: um primeiro escrito. Iatrós – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura 2005; 1:5-36.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2004a; 20(3):855-865.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. Platão e a medicina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2004b; 11(3): 619-634.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência Saúde Coletiva* 2004c; 9(1):31-41.

Siqueira-Batista R, Schramm FR 2005. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública* 2005a; 21(1):111-119.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência Saúde Coletiva* 2005b (submetido).

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Cad Saúde Pública* 2005c (submetido).

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Cien Saud Coletiva* 2005d; 10(1): 129-142.

Snell B. *A cultura grega e as origens do pensamento europeu*. São Paulo: Perspectiva; 2001.

Sohn W, Zenz M. *Euthanasia in europe*. National laws, medical guidelines, ethical aspects. Tübingen: Schattauer, 2001.

Spinoza B 2003. *Ética – demonstrada à maneira dos geômetras*. Martin Claret; São Paulo.

Suetônio. *A vida dos doze Césares*. 2ª ed. São Paulo: Prestígio; 2002.

Truog D. End-of-life care: is euthanasia the answer? *Intensive Care Med* 2006; 32(1):6-8.

Vernant J.-P. *O universo, os deuses e os homens*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

II – Todas as referências (Introdução, artigos e discussão)

Admiral P. Euthanasia and assisted suicide. In: Thomasma DC, Kushner T (orgs.). *Birth to Death*. Cambridge: Cambridge Press; 1996. p. 202-214.

Aleksandrowicz AMC, Minayo MCS. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):513-526.

Alexander L. Medical science under dictatorship. *N Engl J Med* 1949; 241:39-47.

Almeida JLT, Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics and the rise of bioethics? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(supl. 1): 15-25.

Amenábar A. *Mar Adentro*. Espanha: 20th Century Fox / Fine Line Features, 2004.

Anonymous. Its over, Debbie. *JAMA* 1988; 259(2): 272.

Arendt H. *A vida do espírito*. Relume Dumará / Editora da UFRJ: Rio de Janeiro; 1995.

Ariès P. *Sobre a história da morte no Ocidente*. Teorema: Lisboa; 1989.

Ariès, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981. 2v.

Aristote. *Problèmes*. Paris: Belles Lettres; 1991-1994.

Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Porto Alegre: Abril; 1973.

Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1985.

Aristotle. *The Politics and the Constitution of Athens*. New York: Cambridge University Press; 1996.

Aristóteles. *A Política*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

Arreguy EEM, Schramm FR. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(2): 117-123.

Atlan H. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1992.

Atlan H. Ruído e determinismo: diálogos espinosistas entre antropologia e biologia. *Maná* 2003; 9(1):123-137.

Bacon F. *De Dignitate et Augmentis Scientiarum*. Stuttgart: Bad-Cannstatt; 1963.

Barboza J. *Schopenhauer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

Beckwith J. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In: Medronho RA (org). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p 465-477.

Bentsion S. Torah, Etz Chaim (Torah, Árvore da Vida). Um chamado para o despertar de Judeus e não-Judeus. Capturado de <http://www.yeshuachai.org/forum/viewtopic.php?p=16890&sid=f9a9d8337e7e4f11d76461a4435bfed7>, em outubro de 2005.

Bergman I. *O sétimo selo*. Suécia: Janus Films; 1956.

- Bíblia Sagrada. 3ª ed. Lisboa: Difusora Bíblica; 1968.
- Bíblia Sagrada. 94ª ed. São Paulo: Ave-Maria; 1995.
- Bird B. Conversando com o paciente. São Paulo: Manole; 1978.
- Birman J 1995. Estranhas passagens, entre estesia e alteridade: sobre a problemática do sujeito no discurso freudiano. *Cadernos de Subjetividade* 3(2):211-242.
- Boff L. Princípio de compaixão e cuidado. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela Terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Bohm D. A totalidade e a ordem implicada. Uma nova percepção da realidade. São Paulo: Cultrix; 1992.
- Bohr N. Física Atômica e Conhecimento Humano. Rio de Janeiro: Contraponto; 1995.
- Bornheim GA. As medidas da liberdade. In Novaes A (org.). O avesso da liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2002. p 41-57.
- Brandon D. Ajuda pelo Zen-Budismo. São Paulo: Pensamento; 1976.
- Braz M. Autonomia: onde mora a vontade livre? In: Carneiro F. A moralidade dos atos científicos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro; 1999. p. 91-100.
- Breslin JM. Autonomy and the role of the family in making decisions at the end of life. *J Clin Ethics* 2005;16(1):11-9.
- Bunge M. Física e filosofia. São Paulo: Perspectiva; 2000.
- Callahan D. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. *L'Arco di Giano: Rivista de Medical Humanities* 1994; 4:75-86.
- Callahan D. The goals of medicine. Setting new priorities. New York: Hasting Center Reports-Special supplement; 1996.
- Callahan D. Setting limits. Medical goals in an aging society. New York: Simon & Schuster; 1990.
- Campbell CS, Hare J, Matthews P. Conflicts of conscience: hospice and assisted suicide. *Hasting Center Report* 1995; 25(3):36-43.
- Campbell J. As transformações do mito através do tempo. 10ª ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- Campbell J. Temas mitológicos na arte e na literatura criativa. In: Campbell J. Mitos, Sonhos e Religião. Rio de Janeiro: Ediouro; 2001.
- Camus A. Le mythe de Sisyphé. In: Essais. Paris: Gallimard, 1965.

- Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
- Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- Capra F. O Tao da física. São Paulo: Cultrix; 1983.
- Cardoso C. A cidade-estado antiga. São Paulo: Ática; 1987.
- Cedrola JPV, Carvalho GA, Bezerra TS, Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Asclépio, mito e medicina. Rev FMT 2003; 5(supl): 47.
- Chocron Maia GJ. A morte como opção em vida: a eutanásia examinada sob os aspectos filosóficos e legais. Iatrós – Ensaios de filosofia, Saúde e Cultura 2005; 1(1): xxx-xxx.
- Cioran EM. Silogismos da amargura. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.
- Cioran E. Sur les Cimes de Désespoir. Paris: Gallimard; 1995.
- Coimbra CG. Morte cerebral: falhas nos critérios diagnósticos. Ciência Hoje 2000; 27(161):26-33.
- Comby MC, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the 'Rhône-Alpes' region. Palliat Med 2005; 19(8):587-593.
- Costa CRBSF, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. Rev Bras Edu Méd 2004; 28(3):242-250.
- Cunha MHL. Nietzsche espírito artístico. Londrina: Editora Cefil; 2003.
- Dalai Lama. O Caminho da tranquilidade. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
- Dalai Lama. O mundo do Budismo tibetano: uma visão geral de sua filosofia e prática. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.
- Dalai Lama. Os estágios da meditação. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR. The returns of the Phineas Gage: the skull of a famous patient yields clues about the brain. Science 1994; 264:1102-1105.
- Damáso A. Como o cérebro cria a mente. *Scientific American*, 2004.
- Dastur F. A morte. Ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
- De Blois J, Norris P, O'Rourke K. A primer for health care ethics. Washington: Georgetown; 1995.
- Declaration on Euthanasia. Prepared by the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Vatican; 1980.

- Delacampagne C. História da filosofia no século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 1992.
- Deleuze G. Lógica do Sentido. São Paulo: Perspectiva; 1998.
- Deleuze G, Guattari F. O que é a filosofia? São Paulo: Perspectiva; 1998.
- Derrida J. A solidariedade dos seres vivos (entrevista com Evandro Nascimento). Folha de S. Paulo/Mais! 485:12-16, 2001.
- Derrida J. Voyous. Galilée: Paris; 2003.
- Descartes. Les principes de la philosophie. Paris: Gallimard; 1952.
- Descartes. Discurso do método. São Paulo: Europa-América; 1977.
- Descartes. Meditações metafísicas. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- Detienne M. Os mestres da verdade na Grécia arcaica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988.
- Diôgenes Laêrtios. Vidas e doutrinas dos Filósofos Ilustres. 2^a ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1977.
- Dodge REF. Eutanásia – aspectos jurídicos. Bioética 1999; 7(1): 113-120.
- Donkin A. Autonomy, interdependence, and assisted suicide. Bioethics 2001; 14(3):187-204.
- Dumont L. Essai sur l'individualisme. Paris: Sueil; 1983.
- Durkheim É. La división del trabajo social. Madri: Akal Editor; 1982.
- Eliade M. Mito e realidade. 5^a ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
- Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.
- Engelhardt DV. La eutanasia entre el acortameineto de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. Acta Bioética 2002; 8(1): 55-66.
- Engelhardt Jr. HT. The foundantions of bioethics. 2nd ed. London: Oxford University Press; 1996.
- Épicure. Lettres, maximes, sentences. Paris: Librairie Générale Française; 1994.
- Ésquilo. Prometeu acorrentado. São Paulo: Cultrix; 1989.
- Fernandes SLC. Ser humano: um ensaio em antropologia filosófica. Rio de Janeiro: Mukharajj; 2005.

- Ferraz FC. A eternidade da maçã: Freud e a ética. São Paulo: Escuta; 1994.
- Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):986-994.
- Floriani CA. Princípios éticos aplicados aos cuidados paliativos. *Iatrós – Ensaio de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:157-166.
- França GV. Direito médico. 7ª ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 2001.
- Freud S. Nossa atitude para com a morte. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.*, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Freud S. O ego e o id. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Volumes IV e V. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Freud S. A interpretação dos sonhos. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Volumes IV e V. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Freud S. Totem e tabu. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Volume XIII. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Freud S. O Inconsciente. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Freud S. Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Volume XXII. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
- Fulgencio L. Comentários críticos das referências textuais de Freud a Kant. *Psicologia USP* 2001; 12(1):49-87.
- Gandillac M 1995. *Gêneses da modernidade.* Editora 34, Rio de Janeiro.
- García R. Planteo construtivista del problema del conocimiento. In: Garcia R. El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos. Barcelona: Gedisa; 2000. p.39-63.
- Garcia-Roza LA. Freud e o inconsciente. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
- Gazolla R. O ofício do filósofo estóico. Loyola: São Paulo; 1999.
- Gilson E. A filosofia na Idade Média. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Goethe JW. Os sofrimentos de Werther. Porto Alegre: L&PM; 2001.
- Gogliano D. Pacientes terminais – morte encefálica. *Bioética (Conselho Federal de Medicina)*. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v1/pacienterm.html>>; 1998.

- Goldim JR. Caso Vincent Humbert: eutanásia ativa voluntária. Site <http://www.bioetica.ufrgs.br/humbert.htm>. Consultado em dezembro de 2003.
- Gouveia VV, Andrade JM, Milfont TL, Santos WS. Dimensões normativas do individualismo e coletivismo: é suficiente a dicotomia pessoal vs. Social? *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2003; 16: 223-234.
- Gouveia VV, Clemente M, Vidal MA. España desde dentro: el individualism y el colectivismo como rasgos diferenciadores de las comunidades autónomas. *Sociedad y Utopia. Revista de Ciencias Sociales* 1998;11: 167-179.
- Greene J, Cohen J. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Philosophical Transactions of Royal Society of London* 2004; 359:1775–1785.
- Grimal P. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1997.
- Gyatso GK. *Compaixão universal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
- Hegel GWF. *A fenomenologia do espírito*. Petrópolis: Vozes; 1992.
- Hegel GWF. *Estética [O belo artístico ou o ideal]*. Lisboa: Guimarães Editores; 1964.
- Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 1989.
- Heidegger M. *Ensaio e Conferências*. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Heisenberg W. *A parte e o todo*. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
- Hershenov D. The problematic role of ‘irreversibility’ in the definition of death. *Bioethics* 2003; 17(1):89-100.
- Hesíodo. *Teogonia: A origem dos deuses*. 3ª ed. São Paulo: Iluminuras; 1995.
- Hippocrates. *Ancient Medicine*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
- Hippocrates. *The oath*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
- Homan RW. Autonomy reconfigured. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; 46(1): 96-108.
- Homero. *Iliade*. 9^{ème} tirage. Paris: Belles Lettres; 1994. Tomes I, II, III, IV.
- Horta MP. Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética* 1999 ; 7(1):27-34.
- Hume D. *Essays on suicide and immortality of the soul*. Chicago: Thoemmes Press; 1992.
- Hume D. *Investigação Sobre o Entendimento Humano*. São Paulo: Ed. Universidade Estadual de São Paulo; 1999.

- Jaeger W. Cristianismo primitivo e paidéia grega. Lisboa: Edições 70; 1991.
- Jaeger W. Paidéia: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
- Jaspers K. Filosofia da existência. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
- Jauss HR. Pour une esthétique de la réception. Paris: Gallimard; 1978.
- Jesus DE. Código Penal Anotado. 5^a ed. São Paulo: Saraiva; 1995.
- Jiménez de Asúa L. Libertad para amar y derecho de morir. Buenos Aires: Losada; 1942.
- Jones PV. O mundo de Atenas. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- Kant I. Kritik der praktischen Vernunft. Riga: Hartknoch; 1787.
- Kant I. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Lisboa: Edições 70; 1960.
- Kant I. Crítica da razão pura. Rio de Janeiro: Edições de Ouro; 1966.
- Kant I. Lógica. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1993.
- Kastembaum RJ. Death, society and human experience. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1981.
- Kerstenetzky CL. Desigualdade e pobreza: Lições de Sen. Revista Brasileira de Ciências Sociais 2000; 15(2): 113-122.
- Kierkegaard S. Doença até a morte. São Paulo: Abril Cultural; 1979.
- Kierkegaard S. O desespero humano. São Paulo: Martin Claret; 2002.
- Kipper D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para o nossa realidade. Bioética 1999; 7(1):59-70.
- Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os Filósofos pré-socráticos: História crítica com seleção de textos. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa; 1994.
- Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago: Universitária; 1995.
- Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. Rev Bras Edu Méd 2000; 24(3):40-45.
- Kottow M 2001. Public health and individual morbidity. Cad Saúde Pública 2001; 17(4):772-773.
- Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- Kuhse H. La eutanásia. In: Singer P, organizador. Compendio de Ética. Madrid: Trotta; 1995. p. 405-416.
- Lacan J. *Écrits*. Seuil, Paris; 1966.
- Lacan J. El Seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. S. Barral, Barcelona; 1977.
- Lachs J. Dying old as a social problem. In: McGee G, organizer. Pragmatic Bioethics. Nashville and London: Vanderbilt University Press; 1994. p. 194-203.
- Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. Madri: Alianza Editorial; 1987.
- Laín Entralgo P. História Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1972.
- Lao Tsé. Tao Te Ching: o Livro do Caminho e da Virtude. 4ª ed. São Paulo: Mauad; 1999.
- Laplace PS. Oeuvres completes. Paris: Gauthier-Villars; 1884.
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Martins Fontes; 1970.
- Legrand G. Os pré-socráticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1997.
- Leloup J-Y. A montanha no oceano: meditação e compaixão no budismo e no cristianismo. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Lent R. Cem bilhões de neurônios. São Paulo: Atheneu; 2001.
- Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. Bioética 1999 7(1): 41-48.
- Littré E. Dictionnaire de médecine. 21ª ed. Paris: Balliere; 1908.
- Longo DL. Abordagem do paciente com câncer. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill; 2002.
- Luce JV. Curso de filosofia grega: Do séc. VI a.C. aos séc. III d.C. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1994.
- Lucrèce. De la nature. Paris: Belles Lettres; 1978.
- Machado MH 1997. Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Mahatma Gandhi. Handeln aus dem Geist. Freiburg: Herder, 1977.
- Marcondes D. Iniciação à história da filosofia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília: CFM; 1998. p 171-192.

Marx K. Diferença entre as filosofias da natureza em Demócrito e Epicuro. São Paulo: Global; 1980.

Mccarrick PM. Ethics committees in hospitals. *Kennedy Institute Ethics J* 1992; 2(3): 285-306.

Menck CFM, Sluys MAV. Fundamentos de biologia molecular. In Mir L (org.). Genômica. São Paulo: Atheneu; 2004. p 3-23

Mendes EG. Determinismo e liberdade da vontade: o enfoque biológico. *Estudos Avançados* 1998; 12(32):213-224.

Menna Barreto SS. Rotinas em terapia intensiva. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 7-19.

Mondolfo R. O pensamento antigo. Volume II. São Paulo: Mestre Jou; 1965.

Mondolfo R. O homem na cultura antiga – A compreensão do sujeito humano na cultura antiga. São Paulo: Mestre Jou; 1968.

Money J, Anecillo C, Van Orman B, Borgaonkar DS. Cytogenetics, hormones, and behavior disability: Comparison of XXY and XYY syndromes. *Clinical Genetics* 1974; 6(5):370-4

Monod J. O acaso e a necessidade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1972.

Montaigne M. De como filosofar é aprender a morrer. Ensaaios, volume 1. São Paulo: Abril Cultural; 2000.

Moore GE. *Principia Ethica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1999.

Morache G. Naissance et mort. Étude de socio-biologie et de médecine legale. Paris: Felix Alcan; 1904.

Moreira LMA, El-Hani CN, Gusmão FAF. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(2): 96-99.

Mori M. A Bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994; 9(4): 333-341.

Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.

Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

Morus T. A utopia. São Paulo, Nova Cultural; 2000.

Moureau J. Espinosa e o espinosismo. Lisboa: Edições 70; 1982.

- Neri D. A eutanásia em uma perspectiva leiga. *Humanidades* 1994; 9(4):388-397.
- Neukamp F. Zum problem der euthanasie. *Der Gerichtssaal* 1937;109: 403.
- Newton I. *Mathematical principles of natural philosophy*. Chicago: Britannica Great Books; 1978.
- Nietzsche F. *A gaia ciência*. São Paulo: Hemus; 1981.
- Nietzsche F. *Além do bem e do mal*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
- Nietzsche F. *O nascimento da tragédia, ou helenismo e pessimismo*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
- Nietzsche F. *Genealogia da moral*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.
- Nietzsche. *Assim falou Zarathustra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
- Nivat G. Elementos milenaristas na Revolução Russa. *Estudos Avançados* 1998; 12(32):57-68.
- Nozick R. *Anarquia, Estado e Utopia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991.
- Oduncu FS. Euthanasia: killing as due care? *Wien Méd Wochenschr* 2003; 153(17-18):387-391.
- Oliva A. *Conhecimento e liberdade*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora PUCRS; 1999.
- Palacios MP 1993. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Palácios M, Rego STA, Schramm FR. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In Medronho RA (org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p 465-477.
- Pascal B. *Écrits sur la Grâce*. Paris: Lafuma/Sueil, 1963.
- Pascal G. *O pensamento de Kant*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Patterson R, George K. Euthanasia and assisted suicide: a liberal approach versus the traditional moral view. *J Law Med* 2005;12(4):494-510.
- Pecoraro RR. A filosofia ensangüentada. *AnaLógos* 2002; 2(1): 160-170.
- Peixoto JCF, Santos EA, Paulino AT, Fraia CGPP, Borlot PEW, Santos SS, Gomes AP. Aspectos etiopatogênicos da doença de Huntington. *J Bras Med* 2005; 88(3):47-51.
- Pellizzari EML, Almeida RA. Suicídio: a metáfora de Dorian Gray. *J Bras Psiq* 2001; 50(3-4): 69-76.

- Pena SDJ. Medicina genômica. In Mir L (org.). Genômica. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Penchaszadeh VB. Problemas éticos do determinismo genético. *Bioética* 2004; 12(1): 61-68.
- Pensrose R. *Shadows of the mind*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Pessini L. *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* São Paulo: São Camilo / Loyola, 2001.
- Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993; 1:129-139.
- Platão. *Fédon*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Abril Cultural; 1979.
- Platão. *A República*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1987.
- Platão. *Apologia de Sócrates*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
- Posner MI, Raichle ME. *Images of mind*. New York: Scientific American Library; 1994.
- Potter VR. Bioethics, science of survival. *Biol Med* 1970; 14:173-153.
- Potter VR. *Bioethics: Bridge of the future*. Englewood: Prentice-Hall; 1971.
- Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Resp Critical Care Med* 1998; 158(1): 1163-1167.
- Quill TE. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991; 324(10): 691-694.
- Rawls J. *Uma teoria da justiça*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Reale G. *História da filosofia antiga: das origens a Sócrates*. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 1999. vol. 1.
- Reale G. *História da filosofia antiga: das origens a Sócrates*. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 1999. vol. 5.
- Rego STA. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
- Rego STA, Palácios M, Schramm FR. Ensino de bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego STA, Lampert JB, Araújo JGC. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-185.
- Ribeiro CDM. “Cultura dos limites”, justiça sanitária e alocação de recursos: argumentações racionais acerca dos conflitos morais em medicina intensiva neonatal, do ponto de vista dos profissionais intensivistas. Tese de Doutorado. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2002.

- Ricoeur P. Da interpretação: ensaio sobre Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1977.
- Rios AR. A vontade entre a Grécia clássica e o Cristianismo. In: De Boni LA (org.). Idade Média: ética e política. 2ª ed. EDIPUCRS, Porto Alegre; 1996. p 13-20.
- Rocha S. A Pobreza no Brasil: Afinal, do que se Trata? Rio de Janeiro: FGV Editora; 2003.
- Rodrigues JC. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
- Rossi P. A ciência e a filosofia dos modernos. São Paulo: Editora da UNESP; 1992.
- Rouanet SP. Democracia mundial. In Novaes A (org.). O avesso da liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2002. p 237-248.
- Ruelle D. Acaso e caos. São Paulo: Editora da UNESP; 1993.
- Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older person who do not have a severe disease: na interview study. Psychol Med 2005; 35(5):665-671.
- Sá MFF. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. Del Rey: Belo Horizonte; 2001.
- Santo Agostinho. O livre arbítrio. São Paulo: Paulus; 1995.
- Santo Agostinho. Confissões. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
- São Tomás de Aquino. Suma Teológica. Faculdade de Filosofia Sedes Sapientiae, São Paulo, 1944-1961.
- Sartre J-P. O ser e o nada. Ensaio de fenomenologia ontológica. 2ª ed. Ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
- Schaffner FJ. The Boys from Brazil. Producers Circle / Lew Grade / Incorporated Television Company; 1978.
- Schauer F. Slippery slopes. Harvard Law Rev 1985; 99(1):361-383.
- Schopenhauer A. Parerga e paralipomena. São Paulo: Nova Cultura; 2000.
- Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. Rio de Janeiro: Contraponto; 2001.
- Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
- Schramm FR. Toda ética é, antes, uma bioética. Humanidades 1994; 9(4):324-331.

Schramm FR. Vida: Sacralidade e/ou qualidade? *Cadernos Atualidade em Debate* 1995; 34(1):44-69.

Schramm FR. *A Terceira margem da saúde*. Brasília: Editora UNB; 1996.

Schramm FR. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a saúde pública. *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

Schramm FR. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a 'bioética global' de V. R. Potter. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1997; 4(1):95-115.

Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-37.

Schramm FR. *Caso clínico* (comentário). *Bioética* (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v6/casoclinico.htm>>, 1999.

Schramm FR. Aspectos cognitivos, metodológicos e morais nos trabalhos nos CEPS. In: Carneiro F. *A moralidade dos atos científicos*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 1999. p. 53-60.

Schramm FR. A difícil dialética entre economia e ética. *Rev Bras Edu Méd* 2000; 24(1): 77-81.

Schramm FR. Algumas controvérsias semânticas e morais acerca do acesso e do uso do genoma humano. In: Carneiro F, Emerick MC (orgs.). *A ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. p 135-142.

Schramm FR. ¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 2001; 6(11): 43-54.

Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):949-956.

Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1): 17-20.

Schramm FR. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 2002; 26(1): 178-183.

Schramm FR. As diferentes abordagens da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O (orgs.). *Ética, ciência e saúde*. Petrópolis: Vozes; 2002. pp 28-45

Schramm FR, Floriani CA. *Bioética em cuidados paliativos*. No prelo 2005.

Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciên. Saúde Coletiva* 2005; 9(3):773-784.

- Schramm FR. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. *Iatrós – Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:121-130.
- Scott D, Doubleday T. O livro de ouro do Zen. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2000.
- Scruton R. Espinosa. São Paulo: Loyola; 2001.
- Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006; 20(1):3-10.
- Segre M, Leopoldo e Silva F, Schramm FM. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética* 1998; 6(1):15-26.
- Segre M. Ética em saúde. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O (orgs.). *Ética, ciência e saúde*. Petrópolis: Vozes; 2002. p 19-27.
- Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3):473-478.
- Sen A. Equality of what? McMurrin S (org.). *Tanner Lectures on Human Values*. Cambridge: Cambridge University Press; 1980. p. 34-48.
- Sen A. Capacidad y Bienestar. In: Nussbaum M, Sen A (orgs.). *La calidad de vida*. Ciudad do México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 54-83.
- Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Rio de Janeiro: Record; 2001.
- Sêneca. *Aprendendo a viver*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Singer P. *Ética Prática*. 2.^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Singer P. *Vida Ética*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Corrêa AD, Sforza-de-Almeida MP. *Ensaio sobre o átomo*. Rio de Janeiro: Litteris; 2000.
- Siqueira-Batista R. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. *Rev FMT* 2001; 3(1):18-22.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cad Saúde Colet* 2002; 10(1):9-18.
- Siqueira-Batista R. Acaso e descontinuidade no *De rerum natura* de Lucrécio. *AnaLógos* 2002; 2:224-230.
- Siqueira-Batista R. O espírito helênico: o poeta, o filósofo e o médico na Grécia antiga. *Rev Bras Fil* 2003; 52(212):465-484.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Braga EA, Helayël Neto JA. O atomismo de Lucrécio: física e descontinuidade. *Physicae* 2003; 4(4):19-22.

- Siqueira-Batista R. Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):855-865.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 4, 2004.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Platão e a medicina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2004; 11(3): 619-634.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Cien Saud Col* 2005; 10(1): 129-142.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):111-119.
- Siqueira-Batista R. Bioética e compaixão. *Jornal do Cremerj* 2004; 17(1): 15.
- Siqueira-Batista R. Eutanásia e compaixão. *Rev Bras Cancerol* 2004; 50(4): 334-340.
- Siqueira-Batista R. *Miséria*. 2ª ed. Rio de Janeiro: KroaArt; 2005.
- Siqueira-Batista R. Zen-budismo: um primeiro escrito. *Iatrós – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura* 2005; 1:5-36.
- Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das Unidades de Terapia Intensiva contemporâneas. In: Schramm FR, Rego STA. *Bioética, Riscos e Proteção*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2005 (no prelo).
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciën Saúde Col* 2005 (submetido).
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Cad Saúde Pública* 2005 (submetido).
- Smith A. Teoria dos sentimentos morais. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Snell B. A cultura grega e as origens do pensamento europeu. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- Sófocles. A Trilogia Tebana. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
- Sohn W, Zenz M. *Euthanasia in europe*. National laws, medical guidelines, ethical aspects. Tübingen: Schattauer, 2001.
- Solso RL. *Ciências da mente e do cérebro no século XXI*. Brasília: Editora UnB; 2004.

- Souza MTM, Lemonica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética* 2002; 11(1): 83-100.
- Spinoza B. *Ethics*. Paris: Gallimard, 1954.
- Spinoza B 2003. *Ética – demonstrada à maneira dos geômetras*. Martin Claret; São Paulo.
- Stedeford A. *Encarando a morte*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
- Stewart I. *Será que Deus joga dados? A matemática do caos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991.
- Suetônio. *A vida dos doze césaes*. 2^a ed. São Paulo: Prestígio; 2002.
- Sullivan D. Euthanasia versus letting die: Christian decision-making in terminal patients. *Ethics Med* 2005; 21(2):109-18.
- Suzuki DT. *Introdução ao Zen-budismo*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1973
- Truog D. End-of-life care: is euthanasia the answer? *Intensive Care Med* 2006; 32(1):6-8.
- Van Delden JJ. The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *J Med Ethics* 2004; 30(5):447-51.
- Van der Heide A. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997; 350(6):251-255.
- Vargas M. História da matematização da natureza. *Estudos Avançados* 1996; 10(28):249-276.
- Vattimo G. *Al di là del Soggetto. Nietzsche, Heidegger e l'Ermeneutica*. Milano: Feltrinelli; 1981.
- Veille F. Vincent Humbert. "Je vous demande le droit de mourir". Neuilly-sur-Seine: Michel Lafon; 2003.
- Vernant J.-P. *O universo, os deuses e os homens*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
- Weber M. *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionsoziologie*. Frankfurt a/Main: Suhrkamp; 1973.
- Wilde O. *O retrato de Dorian Gray*. São Paulo: Abril Cultural, 1981.
- Wittgenstein L. *Tratado Lógico-filosófico e Investigações filosóficas*. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 1989.
- Wolf SM. Physician-assisted suicide. *Clin Geriatr Med* 2005; 21(1):179-192.

Zaidhaft S. Morte e Formação Médica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

Zentner M. Die flucht ins vergessen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1995.

ANEXOS

Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia

Conversations on the “good death”:
the bioethical debate on euthanasia

Rodrigo Siqueira-Batista ^{1,2}
Fermin Roland Schramm ^{2,3}

Abstract

Despite extensive current debate on euthanasia, many open and apparently unsolvable issues persist, awaiting a better conceptual treatment. The area includes “prejudices and fundamentalisms” in relation to the theme, still viewed as taboo by a major share of society, specifically in the case of Brazil, while semantic imprecision in the term and argumentative tensions surround the issue, focusing on the principles of sacredness of life, quality of life, and autonomy and the so-called “slippery slope” argument. The purpose of the current essay is thus to serve as a sphere of inquiry concerning euthanasia, moving from historical antecedents towards a better solution to the problem and the demarcation of necessary future perspectives for enhanced understanding of the issue.

Euthanasia; Bioethics; Public Health

Introdução

A bioética, enquanto disciplina que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoiéticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos ¹, vem se debruçando, em particular, sobre um amplo leque de problemas relativos ao *processo vida-morte*. Neste horizonte se inscrevem as questões do nascer e do morrer, consideradas *naturais* até meados do século passado, as quais sofreram uma decisiva modificação nos últimos cinquenta anos, inscrita *mutatis mutandis* na própria tensão arcaica entre *φύσις* (*physis*) e *τέχνη* (*téchne*) – colocada pelos pensadores gregos – e retomada, sucessivamente, na tradição filosófica do Ocidente ^{2,3}, reinterpretando-a à luz dos novos desafios instados pelas profundas transformações ocorridas historicamente neste processo. Assim, já não se pode mais falar impunemente, quando nos referirmos aos processos do viver e do morrer, de uma *natureza em si* – conceito de fato bastante esvaziado desde a clara distinção kantiana entre *númeno* e fenômeno ⁴ – sendo mais apropriado falar de uma condição do *Homo sapiens* definível por uma dupla dimensão: *bioecológica* ou “primeira natureza”, propriamente natural; e *técnico-lingüística* ou “segunda natureza”, engendrada no plano simbólico – as quais interagem e se condicionam fluida e mutuamente ⁵.

¹ Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Teresópolis, Brasil.
² Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
³ Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência
R. Siqueira-Batista
Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde,
Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Av. Alberto Torres 111, Teresópolis, RJ 25964-000, Brasil.
anaximandro@hotmail.com

Em particular, na interseção e na dialética entre estas duas *naturezas*, antecipadas pelos termos gregos *physis* e *téchne*, se define boa parte do debate contemporâneo sobre o processo de morrer. Assim, pois, não cabe tão somente se interrogar sobre a morte enquanto tal – em última análise, um problema de ordem científica, com implicações próprias, como nas decisões acerca dos transplantes de órgãos^{6,7} –, devendo, outrossim, desviar o âmagdo do movimento – o turbilhão a partir do qual floresce o passamento – para sua mais lídima tessitura, de ordem existencial e filosófica: a finitude^{8,9}, o que estabelece uma *atitude* a ser situada em um lugar algo afim às formulações deleuzianas: “(...) a filosofia acreditava ter acabado com o problema das origens. Não se tratava mais de partir nem de chegar. A questão era antes: o que se passa ‘entre’? E é exatamente a mesma coisa para os movimentos físicos”¹⁰ (p. 151, grifo nosso).

Tal é o primeiro recorte relevante: o que realmente importa é o *que se passa entre* o estar vivo e o estar morto, isto é, de como *conceber o viver* e, mais ainda, dos problemas éticos, e especificamente *bioéticos*, que se colocam nesta *passagem* entre a vida e a morte – os quais se acham completamente imbricados em conceitos como sofrimento e qualidade (ou precariedade) de vida¹¹ –, mormente se entram em cena os referenciais delineados pela *tecnociência*. Dentre as várias questões cruciais que se inserem neste panorama mais amplo da bioética do fim da vida – ou da finitude –, está a *eutanásia*, *práxis* que vem sendo entendida, desde a antigüidade¹², em seu sentido literal: “*boa morte* (εὖ = *adv. bem* // *regular, justamente* // *com bondade, com benevolência* // *felizmente*; θάνατος = *morte*), ou seja, um passamento sem dor e sem sofrimento”¹³ (p. 858). O desvio que transformou, e desvirtuou, a eutanásia em política pública ocorreu no século XX – acabando por cristalizar uma conotação marcadamente negativa –, por ocasião do *Terceiro Reich*, quando a palavra eutanásia foi, de fato, utilizada para referir-se a práticas que não tinham nada a ver com a *morte sem sofrimento*, devendo-se, a rigor utilizar seu antônimo para indicar tais práticas. Com efeito, em outubro de 1939, o Estado Nazista promulgou a *Aktion T4* – um programa financiado pelo governo que visava a eliminação de *vidas que não valiam a pena ser vividas* (*lebensunwerte Leben*) – que levou à morte mais de 100 mil pessoas – ciganos, negros e judeus – nos seus quase dois anos de funcionamento, antes de ser extinta em agosto de 1943¹⁴.

No período de profundo mal-estar do imediato pós-guerra – em decorrência da sensação de desamparo imputada pelos horrores do con-

flito e da desesperança em relação à recorrência da barbárie –, manifestou-se uma grande repulsa pelo tema da eutanásia, num claro fenômeno de recalque. Entretanto, o reconhecimento de que o programa nazista de “eutanásia” não era, em absoluto, uma autêntica eutanásia, isto é, uma *Gnadentod*, ou “morte piedosa” – afinal, não se destinava a prover uma boa morte para seres humanos que levavam uma vida infeliz¹⁵ –, acabou por proporcionar uma retomada das discussões em torno do tema, alavancada por uma nova conjuntura marcada por substanciais transformações: (1) modificações nas coordenadas sociais, especialmente nas décadas de 60 e 70, com a retomada do debate ético e filosófico dirigido às questões de âmbito prático, no bojo do qual se deu o “nascimento” da *bioética*^{16,17}; (2) as indagações relacionadas aos avanços das técnicas de manutenção da vida e prolongamento da *sobrevivida*, capazes de sustentar enfermos com condições de extrema gravidade – por vezes, inequivocamente fatais – mesmo sem qualquer perspectiva de recuperação⁵; (3) a ocorrência de várias “situações clínicas” que levantaram incontornáveis questões sobre a moralidade da eutanásia e do suicídio assistido – casos Karen Ann Quinlan (1975-1976), Spring (1977-1980), Diane-Quill (1996), Ramón San Pedro (1998), Jack Kevorkian, o “doutor morte” (anos 90) e Vincent Humbert (2003)¹⁸ – somente para mencionar as mais notórias^{18,19,20,21,22}; (4) o progressivo envelhecimento populacional – como observado no Brasil – permitindo que um maior número de pessoas cheguem à senectude, tornando-se mais suscetíveis às moléstias crônicas e degenerativas e, por conseguinte, a um *processo de morrer* mais “prolongado” e sujeito ao padecimento, com sérias implicações relativas à alocação de recursos em saúde pública^{9,23,24}; (5) a aprovação de leis autorizando a eutanásia em vários países do mundo, como na Austrália (de julho de 1996 a março de 1997), na Holanda (abril de 2001), na Suíça e na Bélgica (maio de 2002)^{25,26}.

Ainda que a eutanásia venha merecendo grande atenção na comunidade mundial, o debate está muito longe do desejável na sociedade brasileira. Pelo fato de ser ainda considerada crime no Brasil – como o disposto no artigo 121 do Código Penal^{27,28} – tem sido mantido um nefasto *pacto de silêncio* nas unidades de assistência à saúde, nas quais a decisão por interromper – ou não – a terapêutica acaba por ser tomada às escuras, por profissionais habitualmente sem qualquer preparação para isto, e pior, muitas vezes à revelia dos familiares e do próprio enfermo^{29,30,31}. Discutir e ponderar

sobre a moralidade da eutanásia, demarcando-se adequadamente os conceitos e enfocando-se os argumentos favoráveis e contrários à sua realização, torna-se premissa crucial para um mais amplo exercício da cidadania – ao menos nas sociedades laicas e plurais contemporâneas –, bem como para a formação e atuação laboral em saúde. Deste modo, delimitar o *estado atual da arte* em relação ao debate bioético da eutanásia é, assim, o escopo do presente artigo.

Conceitos fundamentais: em busca de rigor

A delimitação lexical dos termos referentes à bioética do fim da vida está longe de ser ideal. Em verdade, há uma grande polissemia do vocábulo *eutanásia*, gerando inúmeros equívocos, o que se explica, em grande medida, pela própria “biografia” da palavra – longa, conflituosa e sujeita a gigantescas variações culturais^{32,33}. Em consequência da herança nazista anteriormente comentada, não é incomum o uso antifrástico da palavra eutanásia, atrelando-a a idéias como homicídio, suicídio influenciado ou genocídio, o que, em última análise, indica a pouca clareza e isenção para discuti-la, o que também engendra, não raramente, posicionamentos passionais, categóricos e dogmáticos^{26,33}.

Retomando as origens filológicas, Littré definiu a eutanásia como boa morte, morte suave e sem sofrimento³⁴. Em termos mais contemporâneos, tratar-se-ia de uma antecipação voluntária do passamento, imbuída por um *télos* humanitário – sobretudo para a pessoa, mas também para a coletividade à qual pertence o moribundo – dirigido à suspensão de um sofrimento insuportável. Com base nesta colocação, pode-se estabelecer que a eutanásia seria melhor entendida como “*o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam*”³³ (p. 43, grifo nosso).

Deste modo, o âmago de um conceito como aquele de *eutanásia* deverá pressupor, necessariamente, a interrupção do processo de morrer – uma vez que o detentor da existência estará no curso de uma moléstia incurável, à luz dos conhecimentos médicos de um dado tempo – eximindo o moribundo de atravessar um martírio de dor e desespero, o que caracterizaria, de um modo ou de outro, uma existência *prima facie* sem sentido e considerada inútil, pelo menos para quem não está disposto a fazer do “calvário” um meio para dar sentido à sua vida.

Outro ponto da maior relevância é destacar a existência de uma série de situações distintas agrupadas sob o conceito genérico de eutanásia. Tal situação implica a necessidade de se distinguir as diferentes idéias e práticas metaforizadas pelo vocábulo em questão, o que tem sido um dos grandes esforços nas discussões hodiernas³³. Atualmente, as modalidades mais úteis para classificação da eutanásia basear-se-iam no *ato em si* e no *consentimento do enfermo*. Deste modo, têm-se:

- **A distinção quanto ao ato**³⁵

(a) *Eutanásia ativa* – ato *deliberado* de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (por exemplo, utilizando uma injeção letal);

(b) *Eutanásia passiva* – quando a morte ocorre por *omissão* proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* (por exemplo, deixar de se iniciar aminas vasoativas no caso de choque não responsivo à reposição volêmica);

(c) *Eutanásia de duplo efeito* – nos casos em que a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim, ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de morfina para controle da dor, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito).

- **A distinção quanto ao consentimento do enfermo**³⁵

(a) *Eutanásia voluntária* – em resposta à *vontade* expressa do doente – o que seria um sinônimo do *suicídio assistido*;

(b) *Eutanásia involuntária* – quando o ato é realizado *contra* a vontade do enfermo, o que, em linhas gerais, pode ser igualado ao “homicídio”; todavia, a concepção de Kuhse³⁶ (p. 407) é algo distinta, caracterizando a eutanásia involuntária como aquela “*que se pratica a uma pessoa que havia sido capaz de outorgar ou não o consentimento à sua própria morte, mas não o fez, seja por não ter sido solicitado, seja por ter rechaçado a solicitação, devido ao desejo de seguir vivendo*”;

(c) *Eutanásia não voluntária* – quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade do paciente.

Do ponto de vista da bioética, podem ser construídos argumentos distintos para as diferentes categorias de eutanásia relativas ao *ato em si*, havendo aqueles que condenam peremptoriamente a *eutanásia ativa*, mas “aceitam” a *eutanásia passiva* – por exemplo, julgando legíti-

timo que um enfermo que se negue a passar por medidas terapêuticas extraordinárias, ou seja, recuse a *distanásia*¹¹ – ou que, em decorrência de uma determinada modalidade terapêutica, acabe por sobrevir o óbito – no caso, *eutanásia de duplo efeito*^{33,37}. Todavia, no que se refere ao consentimento do enfermo, há justificativa moral para a *eutanásia voluntária*^{15,38} e, eventualmente, para a *não voluntária*³⁹, mas não para a *involuntária* – de fato um ato criminoso, na medida em que representa um desrespeito à vontade do paciente!

Para tornar mais diáfano o campo conceitual da bioética do *fim da vida*, são ainda pertinentes alguns comentários acerca da terminologia, no que se refere à conceituação do *suicídio assistido*, da *distanásia* e das assim chamadas *ortotanásia* e *mistanásia*.

O *suicídio assistido* ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer^{40,41}. Neste caso, o enfermo está, em princípio, sempre consciente – manifestando sua opção pela morte –, enquanto na *eutanásia* nem sempre o doente encontra-se cômico – por exemplo, na situação em que um paciente *terminal* e em coma está sendo mantido vivo por um ventilador mecânico, o qual é desligado, ocasionando a morte. Os casos mais conhecidos foram praticados pelo médico patologista estadunidense Jack Kevorkian, coadjuvante de vários suicídios assistidos, que levaram à sua condenação e prisão em seu país.

Contraposta à eutanásia e ao suicídio assistido tem-se a *distanásia* – também identificada *pars pro toto* com a denominada *obstinação terapêutica* – a qual tem como interfaces tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina – capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades para salvar grande número de vidas – quanto o arcaico desejo humano de superar a morte^{9,42}. Etimologicamente o termo *distanásia* contém a idéia de “*dupla morte* (δύς = *dificuldade, privação* // δισθανης = *adjetivo: que morre duas vezes; no latim, dis dá idéia de separação e negação*)”¹³ (p. 858), tendo sido inicialmente proposto por Morache, em 1904. Atualmente é compreendida como manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam, de fato, a morte uma espécie de *hipermorte*¹¹.

Outro vocábulo que vem sendo utilizado por alguns autores é a *ortotanásia*, que pode ser demarcada como a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais (distaná-

sia) e sem abreviação do processo de morrer (*eutanásia*)^{32,43,44}. A pergunta que fica, em relação ao termo *ortotanásia*, se dirige ao significado deste *tempo certo para morrer*. Com efeito, quem poderia determiná-lo (a não ser talvez o próprio titular da vida em questão) considerando um contexto no qual há possibilidade quase inesgotável de se prolongar a vida? Em outros termos, haveria um verdadeiro limite entre a *eutanásia passiva* – não intervir e deixar de fato morrer – e a dita *ortotanásia* – deixar morrer no momento aparentemente certo? A distinção se mostra conceitualmente precária, por vezes impossível de ser estabelecida – afinal, não entubar um paciente com uma neoplasia em fase terminal, ou seja, negar-lhe a possibilidade de se manter vivo, seria deixar a morte chegar no *tempo certo* ou praticar de fato a eutanásia passiva? Ou, ainda mais, os dois termos seriam ao mesmo tempo semântica e pragmaticamente sinônimos, isto é, equivalentes do ponto do sentido e daquele das práticas surtindo o mesmo tipo de efeito? Por conta destas inconsistências, torna-se pouco útil empregar a expressão *ortotanásia* no debate bioético sobre a finitude, na medida em que traz mais problemas do que soluções.

A palavra *mistanásia*, por sua vez, vem sendo proposta com o sentido de “*morte miserável e dolorosa fora e antes do seu tempo*”⁴³ (p. 188), incluindo: (1) a falta de acesso às condições mínimas de vida; (2) a omissão de socorro à multidão de doentes à margem dos sistemas de saúde mundo afora; (3) as conseqüências dos diferentes tipos de erros médicos; e (4) as práticas de eliminação dos indesejados, como o ocorrido no período do *Terceiro Reich*⁴³. O grande leque de circunstâncias alcunhadas como *mistanásia*, a eventual sobreposição com a idéia de *distanásia* e as dificuldades inerentes à determinação de um passamento ocorrido fora do seu momento correto – afinal, sempre é tempo para morrer... – tornam *mistanásia* um conceito deveras problemático nas discussões ora entabuladas.

Feitas estas considerações acerca do problema semântico e de suas implicações pragmáticas, impõe-se a discussão do *problema moral pertinente*, ou seja, dos argumentos pró e contra a *eutanásia*, questão bioética que se pode chamar de *controvérsia sobre a moralidade da eutanásia*, como será apresentada a seguir.

Argumentos contra

A *eutanásia* é uma temática sujeita a vários questionamentos, alguns de indubitável legitimidade. Os mais importantes argumentos con-

trários à sua realização centram-se no princípio da sacralidade da vida e no argumento da “ladeira escorregadia” ou *slippery slope*.

- Princípio da sacralidade da vida

Segundo esta premissa *absoluta*, a vida consiste em um *bem* – concessão da divindade ou manifestação de um *finalismo intrínseco da natureza* –, possuindo assim um estatuto sagrado – isto é, incomensurável do ponto de vista de todos os “cálculos” que possam, eventualmente, ser feitos sobre ela –, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Uma outra leitura possível da *sacralidade* ganha força na afirmação de que *a vida é sempre digna de ser vivida*, ou seja, estar vivo é sempre um bem, independente das condições em que a existência se apresente. Apesar de ser considerada uma das mais contundentes objeções à eutanásia – mormente nas éticas cristãs e na tradição hipocrática⁴⁵ –, uma questão se impõe de pronto: se a vida é realmente um bem, quem seria o mais competente para julgar esta “beatitude”? Não recairia tal prerrogativa sobre o próprio titular da existência? Afirmar de maneira genérica e peremptória que a vida é algo bom em si mesmo – para além do truísmo de considerá-la como condição necessária para se poder falar em suas eventuais qualidades ou não – com base na ótica de algumas pessoas não implicadas nas vidas particulares em exame, é extremamente perigoso, em concordância com muitas das reflexões críticas, consubstanciadas ao longo do século XX e dirigidas à *obsessão pelas generalidades*, pois, afinal, a detecção de semelhanças não pressupõe a existência de *gerais*⁴⁶. Ademais, a própria assertiva acerca da *vida como um bem em si mesmo* pode ser questionada, como vem sendo feito na história do pensamento, desde os seus primórdios – veja-se os órficos, Empédocles de Agrigento, Søren Kierkegaard e Emil Cioran, dentre outros^{47,48,49,50}.

- Argumento de *slippery slope*

Traduzível em português como *ladeira escorregadia*, pretende justificar que não devem ser feitas “concessões” aparentemente inócuas em temas controversos, sob pena de se abrir o precedente para atitudes de inequívoco malefício⁵¹. Oposições alicerçadas no argumento “escorregadio” incluiriam: (1) a potencial desconfiança – e subseqüente desgaste – na relação médico-paciente; (2) a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida e outras); (3) a ocorrência de pressão psíquica – por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro “estorvo”

para os familiares –, que poderia deixar os pacientes, cuja morte se aproxima, sem perspectiva outra que não a “eutanásia”, de fato não desejada e, portanto, de alguma forma imposta por razões circunstanciais; e (4) a erosão definitiva do respeito à vida humana, tomando-se como base o recorrente exemplo do nazismo^{33,52}. Entretanto, nem sempre tal preocupação poderá ser fundamentada, uma vez que o mau uso (ou o abuso) de algo não contra-indica, em termos absolutos, o seu uso (*abusus non tollit usus*): “*se em alguns casos, especialíssimos, pode ser justificado e até mesmo necessário desrespeitar um sinal vermelho, essa não é uma boa razão para eliminar o sistema de circulação de veículos baseado em sinais luminosos, nem para atenuar o rigor das regras de trânsito, prevenindo possíveis exceções, que ficariam sujeitas inevitavelmente a abusos perigosos*”⁵² (p. 396).

De outro modo, análises minuciosas do argumento da *ladeira escorregadia* acabaram por demonstrar que, em última análise, o impedimento refere-se muito mais à inexorabilidade do fenecer do que, propriamente, ao fato de “deslizar” em direção a um mau uso da prática⁵².

Argumentos pró

Dois são os principais pontos de apoio dos defensores da eutanásia: os princípios da qualidade de vida e da autonomia pessoal.

- Princípio da qualidade de vida

É um princípio geral, ou *metaprincípio*, com validade *prima facie* – ou seja, um princípio que subsume lógica e semanticamente outros princípios, mas que só é aplicável sob determinadas circunstâncias, sendo destituído, portanto, de um valor universal e inatacável – que afirma também a existência de um *valor para a vida*, mas aplicável, tão somente, se esta é provida de um certo número e grau de qualidades histórica e socioculturalmente construídas e aceitas pelo titular de uma vida particular⁴⁵. Assim, a existência teria realmente um valor condicionado às percepções e concepções das sociedades secularizadas, laicas e pluraes, em um tempo próprio. A contraposição ao princípio da qualidade de vida tem a ver com a possibilidade de atos absurdos, geradores de sofrimentos insuportáveis, tão somente para sustentar uma (sobre)vida que pode ser mais um castigo do que uma dádiva³².

Sacralidade e qualidade de vida têm sido tratadas como princípios antagônicos e inconciliáveis. A despeito desta aporia, pode-se tentar uma composição entre ambos – não simplesmente dialética (no sentido hegeliano), mas sim no âmbito mais amplo do método da com-

plexidade – segundo a qual estabelecer-se-ia uma nova relação princípio da sacralidade da vida e/ou princípio da qualidade de vida – ao invés de princípio da sacralidade da vida *versus* princípio da qualidade de vida –, integrando tanto as conexões de *simpatia* quanto aquelas de *antipatia* entre eles, em uma unidade discursiva de segunda ordem^{5,45}. Resultaria, assim, uma unidade que incorpora as tensões e ambigüidades em termos de relação de relações (e não mais unicamente de objetos).

Uma das questões mais íntimas em relação à qualidade de vida é determinar-se qual o real significado de uma *vida que vale a pena ser vivida* e para quem deve ser dada a prerrogativa em decidir sobre tal significação. Na esteira da herança kantiana – segundo a qual um ato genuinamente moral deve ser concebido no pleno exercício da liberdade do sujeito ético⁵³ – cabe sempre admitir que o principal interessado em viver deve ter a preeminência, ou prioridade léxica, em decidir sobre sua vida e sua morte. Tal colocação remete, quase instantaneamente, à questão da *autonomia pessoal*, considerado o mais importante princípio para legitimar a eutanásia^{38,54}, pelo menos se pensada no contexto das sociedades complexas liberais e democráticas contemporâneas, nas quais existem, como esteio, âmbitos de pertinência distintos relativos a ordens legítimas, também distintas – como aquelas do individual e do coletivo – e que não podem ser esquecidas, sob o risco de sobreviver a dissolução de um convívio razoável entre indivíduos neste tipo de sociedades.

- Autonomia

O termo, de origem grega – *αυτονομία*, de *αυτος* = próprio, e *νομος* = leis – remete à idéia de *autogoverno*, tendo sido empregado, historicamente, no seio da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas – isto é, a *πόλις* (*pólis*)⁵⁵ –, de fato a primeira forma consensualmente conhecida de democracia no Ocidente, ainda que incompleta por não contemplar escravos e mulheres. A partir da Modernidade, isto é, do movimento cultural e social iniciado pela Renascença, e que trouxe a idéia de indivíduo ao cenário da reflexão filosófica e política, o conceito de *autonomia* passa a se aplicar ao indivíduo – um necessário “produto” da modernidade burguesa e protestante na ponderação de Weber⁵⁶ –, alcançando uma formulação moral sistemática com a *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de Kant^{53,55}.

Pode-se definir como autônomo o indivíduo que “(...) age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma for-

ma que um governo independente administra seu território e define suas políticas”¹⁹ (p. 138).

Com base neste pressuposto, os autores que “defendem” a eutanásia apontam para a necessidade de que seja respeitada a *liberdade* de escolha do homem que padece, isto é, sua competência em decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo nesta vivência o processo de morrer, de acordo com seus valores e interesses legítimos. Deste modo, com raízes fincadas no espírito helênico e florescimento manifesto na *Aufklärung* (*Iluminismo*, literalmente “esclarecimento”), a autonomia pressupõe que cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de suas forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável³⁸.

Deslocar-se-ia, assim, o debate *bioético da finitude* para a pergunta – genuinamente filosófica – sobre o alcance da *autonomia* do próprio interessado, encarnada na decisão de não permanecer em um martírio que não o conduzirá a lugar algum⁵⁷ ou, então, de continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas sim, por uma opção pessoal, que pode até ser a de se submeter, por boas razões, à imposição de um *outro*, mas que neste caso, se torna o *Outro*.

A despeito de sua *eficácia teórica* na argumentação bioética sobre o fim da vida – na medida em que contempla vários dos aspectos fundamentais em relação à eticidade, ou não, da eutanásia –, a idéia de autonomia apresenta uma série de problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita, podendo-se mencionar: (1) a possibilidade, sempre real, de que haja dificuldade para a compreensão plena de aspectos da *realidade*, o que representa um genuíno “empecilho” para o exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país – como o Brasil – no qual a maior parte da população não tem acesso à educação necessária ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência; (2) a impossibilidade lógica de se constituir um *nomos* particular, a partir de um indivíduo supostamente capaz de legiferar em nome de seus interesses, sem a necessária dialética estabelecida com um outro de si, uma vez que a tomada de decisões só é levada a cabo no âmbito de coordenadas socialmente determinadas por esta dialética; (3) a probabilidade, à luz da bioética principialista – calcada nos princípios de *autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência*, ou outros – de que sempre é factível a existência de confli-

tos entre os princípios em pauta; (4) a existência de uma assimetria contingente nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, devido às inegáveis competências diferentes entre quem pede ajuda e quem, supostamente, pode atender tal pedido e que pode, em inúmeras oportunidades, tornar inviável a aplicação do princípio, pela influência incontornável exercida por aquele que cuida^{9,55,57}.

Consideradas tais dificuldades, a grande indagação seria então: “*como propiciar um contexto favorável à liberdade do homem no sentido de seu empoderamento de fato?*”. Com efeito, tal questionamento se delineia como um dos grandes desafios a serem enfrentados, no futuro, pelo *Übermensch* – o sobre-homem nietzschiano – o qual, de acordo com uma interpretação “pós-moderna” de Vattimo, deve ser entendido, sobretudo, como aquele que tenta ir *para além* de seus limites pessoais, e não como alguém capaz de exercer o poder sobre os demais⁵⁸.

Há novos horizontes para o debate? – à guisa de (in)conclusão

A discussão, do modo como foi encaminhada até o presente momento, almejou a ordenação dos principais matizes que se combinam no debate moral sobre a eutanásia, podendo-se tomar, como analogia, o movimento do *καος* (*caos*, no sentido da “desordem” primordial) para o *κοσμος* (*cosmo*, no sentido de ordem), cantado por Hesíodo na *Teogonia*⁵⁹.

Como se tornou paulatinamente perceptível, os princípios da *autonomia* e da *sacralidade da vida* são os grandes pilares daqueles que se põem *a favor* e *contra* a eutanásia, respectivamente. Sem embargo, todas as colocações são passíveis de contestação, instaurando, assim, a necessidade de compor diferentes ordens de discurso – engendradas nas díspares tradições de pensamento – em um sistema complexo que permita a tomada de decisões, por vezes urgentes, em se tratando de pessoas acossadas pelos mais vis padecimentos.

Baseado nestas considerações, uma das interseções que se anuncia como promissora na elaboração dos aspectos conflituosos da eutanásia é, justamente, a de tomar entre os referenciais a atitude daqueles que se dispõem a executar o ato, abrindo-se a perspectiva para se colocar o problema da *compaixão*.

As grandes tradições morais que se fundam na *compaixão* são a *cristã* e a *budista* – ainda que possam ser encontrados elementos compassivos no hinduísmo, no islamismo e no judaísmo⁶⁰. Entretanto, se no cristianismo o sen-

tido é de tomar para si, compartilhar, o sofrimento do *outro*⁶¹ – do latim *compati* = sofrer com, lembrando-se que, em grego, *παθος* (*páthos*) significa capacidade de sentir, sentimento profundo, afeto arrebatador –, na ética budista, apropriada pela filosofia ocidental no pensamento de Schopenhauer – na verdade, sua principal “influência oriental” foi recebida dos *Upanixades* hindus^{62,63} –, a dimensão evocada por *Karuna* (compaixão, em sânscrito) é muito mais de acolhimento da angústia alheia: “*compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios*”⁶⁴ (p. 51).

Tal acolhida pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente⁶⁰. Se, conforme o discutido, o conceito de eutanásia pressupõe, de modo inequívoco, a existência de um lúdimo estofa misericordioso, cabe ao profissional que cuida do enfermo, inserido no processo de morrer, o respeito a este seu momento elegíaco, recebendo-o e dispondo-se a atender seu desejo de morrer, sem julgá-lo, nem tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. Ademais, a *compaixão*, enquanto acolhimento – recepção daquele que sofre em seu próprio âmago –, permite uma fecunda articulação entre os princípios e argumentos morais acerca do fim da vida, compondo: (1) *sacralidade da vida*, (2) *qualidade de vida* e (3) *autonomia*, além de superar o (4) argumento do *slippery slope*.

De fato, a vida de um homem submetido a excruciante padecimento não deixa de ser *sagrada* – pondo-se de lado os dogmatismos cegos e os fundamentalismos – pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de se pôr um fim ao seu curso. Neste caso, a própria condição de se admitir, em meio a um padecimento incurável e intratável, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o doente atribui alto valor à sua própria vida, não desejando profaná-la ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim. Morrer, neste caso, pode significar também uma clara demonstração de apreço pela própria existência, situando-a em uma dimensão *beatífica*. E, ainda, se este mesmo homem é amparado – e, por que não, protegido – no sentido de se facultar sua inquebrantável disposição para o ocaso, não se corre o risco de estender, escorregar, indevidamente para situações obscuras

e danosas em relação à prática da eutanásia, uma vez que a palavra daquele que sofre, o titular da vida, será sempre a última fronteira.

É bem verdade que esta é apenas uma breve digressão sobre um elemento de irrefutável alcance no debate ético e bioético sobre o fim da vida, a *compaixão*, que vem sendo pouco prestigiada nas reflexões contemporâneas. Integrá-la aos demais fios que compõem o grande tecido da eutanásia é uma forma de olhar e acolher o homem que morre, um genuíno ato

de fraternidade, permitindo-lhe, quiçá, a restituição da prerrogativa de sonhar com seus melhores dias de outrora, com o esfumar do martírio, com o descerrar das cortinas da existência, tão belamente escrito por Shakespeare⁶⁵ (p. 97): “*morrer é dormir. Nada mais. E por um sonho, diremos, as aflições se acabarão e as dores sem número, patrimônio da nossa débil natureza. Isto é o fim que deveríamos solicitar com ansia. Morrer é dormir... e talvez sonhar*”.

Resumo

A despeito das grandes discussões hodiernas sobre a eutanásia, permanecem ainda muitos pontos em aberto, aparentemente insolúveis, aguardando que um melhor tratamento conceitual seja desenvolvido. Neste âmbito podem ser incluídos os “preconceitos e fundamentalismos” em relação ao tema – a eutanásia ainda é vista como tabu em boa parte da sociedade, especificamente no caso do Brasil –, as imprecisões semânticas do vocábulo e as acérrimas tensões argumentativas em torno do tema – levando-se em consideração os princípios da sacralidade da vida, da qualidade de vida e da autonomia e o argumento da assim chamada “ladeira escorregadia” ou slippery slope. Compor o horizonte de indagação acerca da eutanásia, partindo dos antecedentes históricos em direção a um melhor equacionamento do problema – e delimitação de perspectivas vindouras necessárias à sua melhor compreensão – é, pois, o objetivo do presente ensaio.

Eutanásia; Bioética; Saúde Pública

Colaboradores

R. Siqueira-Batista e F. R. Schramm conceberam juntos a estrutura do presente ensaio; o primeiro autor colaborou preponderantemente nas seções *Conceitos Fundamentais: Em Busca de Rigor e Há Novos Horizontes Para o Debate? – À Guisa de (In)conclusão*, e o segundo para a argumentação (pró e contra) em torno da eutanásia.

Referências

1. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago: Editorial Universitária; 1995.
2. Heidegger M. Ensaios e conferências. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
3. Jaeger W. Paidéia: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes Editora; 1995.
4. Kant I. Crítica da razão pura. São Paulo: Abril Cultural; 1980.
5. Schramm FR. A terceira margem da saúde. Brasília: Editora UnB; 1996.
6. Hershenov D. The problematic role of ‘irreversibility’ in the definition of death. *Bioethics* 2003; 17:89-100.
7. Schramm FR. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *Mundo Saúde* 2002; 26:178-83.
8. Camus A. Essais (le mythe de sisyphé). Paris: Gallimard; 1965.
9. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:31-41.
10. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 1992.
11. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora São Camilo/Edições Loyola; 2001.
12. Suetônio. A vida dos doze césares. 2ª Ed. São Paulo: Editora Prestígio; 2002.
13. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:855-65.
14. Alexander L. Medical science under dictatorship. *N Engl J Med* 1949; 241:39-47.
15. Singer P. Vida ética. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
16. Almeida JLT, Schramm FR. Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética? *Cad Saúde Pública* 1999; 15 Suppl 1:15-25.

17. Mori M. A bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994; 9:333-41.
18. Veille F. Vincent Humbert. "Je vous demande le droit de mourir". Neuilly-sur-Seine: Michel Lafon; 2003.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
20. Anonymous. It's over, Debbie. *JAMA* 1988; 259: 2094-8.
21. McCarrick PM. Ethics committees in hospitals. *Kennedy Inst Ethics J* 1992; 2:285-306.
22. Quill TE. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991; 324:691-4.
23. Lachs J. Dying old as a social problem. In: McGee G, editor. *Pragmatic bioethics*. Nashville/London: Vanderbilt University Press; 1994. p. 194-203.
24. Schramm FR. A difícil dialética entre economia e ética. *Rev Bras Edu Méd* 2000; 24:77-81.
25. Engelhardt DV. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta Bioética* 2002; 8:55-66.
26. Sá MFE. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. Belo Horizonte: Editora Del Rey; 2001.
27. Dodge REF. Eutanásia – aspectos jurídicos. *Bioética* 1999; 7:113-20.
28. Jesus DE. *Código penal anotado*. 5ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva; 1995.
29. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1163-7.
30. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cad Saúde Coletiva* 2002; 10:9-18.
31. Souza MTM, Lemonica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética* 2002; 11:83-100.
32. Horta MP. Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética* 1999; 7:27-34.
33. Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 1999; 7: 41-8.
34. Littré E. *Dictionnaire de médecine*. 21ª Ed. Paris: Balliere; 1908.
35. Neukamp F. Zum problem der euthanasie. *Der Gerichtssaal* 1937; 109:403.
36. Kuhse H. La eutanásia. In: Singer P, editor. *Compendio de ética*. Madrid: Trotta; 1995. p. 405-16.
37. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on euthanasia*. Vatican City: Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith; 1980.
38. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 2001; 6: 43-54.
39. Singer P. *Ética prática*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes Editora; 1998.
40. De Blois J, Norris P, O'Rourke K. *A primer for health care ethics*. Washington DC: Georgetown University Press; 1995.
41. Pellizzari EML, Almeida RA. Suicídio: a metáfora de Dorian Gray. *J Bras Psiquiatr* 2001; 50:69-76.
42. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das UTIs contemporâneas. I Congresso de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; no prelo.
43. Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p 171-92.
44. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993; 1:129-39.
45. Schramm FR. Vida: sacralidade e/ou qualidade? *Cadernos Atualidade em Debate* 1995; 34:44-69.
46. Wittgenstein L. *Tratado lógico-filosófico e investigações filosóficas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1989.
47. Siqueira-Batista R. *Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. São Paulo: Landy Editora; 2003.
48. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. *Os filósofos pré-socráticos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
49. Cioran E. *Sur les cimes de desespoir*. Paris: Gallimard; 1995.
50. Kierkegaard S. *Doença até a morte*. São Paulo: Abril Cultural; 1979.
51. Schauer F. Slippery slopes. *Harv Law Rev* 1985; 99:361-83.
52. Neri D. A eutanásia em uma perspectiva leiga. *Humanidades* 1994; 9:388-97.
53. Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70; 1960.
54. Donkin A. Autonomy, interdependence, and assisted suicide. *Bioethics* 2001; 14:187-204.
55. Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6:27-37.
56. Weber M. Die protestantische ethik und der geist des kapitalismus. *Gesammelte aufsätze zur religionsoziologie*. v. I. Suhrkamp: Frankfurt a/Main; 1973.
57. Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Rev Bras Edu Méd* 2000; 24:40-5.
58. Vattimo G. *Al di là del soggetto. Nietzsche, Heidegger e l'ermeneutica*. Milano: Feltrinelli; 1981.
59. Hesfodo. *Teogonia: a origem dos deuses*. 3ª Ed. São Paulo: Iluminuras; 1995.
60. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela Terra*. 8ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
61. Santo Agostinho. *Confissões*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
62. Janaway C. *Schopenhauer*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
63. Schopenhauer A. *Sobre o fundamento da moral*. São Paulo: Martins Fontes Editora; 2001.
64. Brandon D. *Ajuda pelo zen-budismo*. São Paulo: Editora Pensamento; 1976.
65. Shakespeare W. *Hamlet*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2003.

Recebido em 27/Mai/2004

Versão final reapresentada em 25/Ago/2004

Aprovado em 31/Ago/2004

Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia*

Euthanasia: along the road of death and autonomy

Rodrigo Siqueira-Batista ¹
 Fermin Roland Schramm ²

Abstract *This article sets out from the question: Would a definition of the concept of death, which could be considered trustworthy and therefore consensual, be considered crucial for the moral legitimacy of euthanasia? It seeks to address this quest expounding on the problems involving the attempts of a scientific definition of death when this definition is necessary for ethical consideration related to the end of life, as it is the case in euthanasia or assisted suicide. The argumentation is based on Hume's Law which prohibits "values" to interfere with "facts" and on the evolutionary concept of scientific ideas arising from Kant's famous distinction between the unknowable thing-in-itself and the knowable thing-as-it-appears, which gives rise to a methodological conclusion: the incommensurability between the order of facts and the order of values, meaning that a definition of an event/process such as death can only be compared to the order of facts, and the same applies to values. Furthermore, it seeks to delimit an alternative field for this discussion, which notwithstanding its limitations is quite useful for the bioethical argumentation: the principle of autonomy intrinsic to the order of values.*
Key words *Bioethics, Euthanasia, Death, Autonomy*

Resumo *O artigo parte da pergunta: o estabelecimento de um conceito de morte, que possa ser considerado fidedigno e, portanto, consensual, seria premissa crucial para a legitimação moral da eutanásia? Procura responder, expondo os problemas que cercam as tentativas de uma definição – científica – de morte, no momento em que se tenta utilizá-la na tomada de decisões – éticas – em relação ao fim da vida, como no caso da eutanásia e do suicídio assistido. Baseia a argumentação na Lei de Hume, que proíbe a inferência de "valores" a partir de "fatos", e na concepção evolutiva de conceitos científicos, decorrente da distinção, de origem kantiana, entre o que é (coisa em si ou núnmeno) e o que é conhecido (ou fenômeno), e cuja principal conclusão, de tipo metodológico, é a incomensurabilidade entre a ordem dos fatos e dos valores, ou seja, uma definição de um evento/processo como a morte só pode ser comparada com outra definição pertencente à mesma ordem, o mesmo aplicável aos valores. De outro modo, o manuscrito procura delimitar um referencial alternativo para o debate, que, apesar de suas limitações, se mostra bastante útil para a argumentação bioética: o princípio da autonomia, intrínseco à ordem dos valores.*

Palavras-chave *Bioética, Eutanásia, Morte, Autonomia*

* Trabalho realizado no Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Nefisa-Feso).

¹ Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz e Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Nefisa-Feso).
 Av. Alberto Torres 111, Alto, 25964-000, Teresópolis RJ.
 anaximandro@hotmail.com
² Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz.

Introdução

“Oh! pequena nuvem”, disse a virgem,
 “peço-te que me digas
 Por que não te queixas quando,
 num instante, desapareces;
 Então te procuramos, mas não
 encontramos. Ah! Thel se parece contigo:
 Dissipo-me: contudo, queixo-me,
 e ninguém ouve minha voz.”

William Blake

A morte é a indelével certeza da condição humana, embora quase sempre recalçada, constituindo intrínseca peculiaridade do *Homo sapiens sapiens*, o único vivente que tem a consciência da sua própria finitude (Freud, 1974). Sob uma perspectiva mais abrangente, seria diante da morte que o ser humano, tão ávido na busca de *certezas*, poderia amainar o seu desconforto e sua perplexidade diante de um real com possibilidades tão remotas de verdade (Detienne, 1988; Siqueira-Batista, 2003) – afinal, o êxito letal é a última e incontornável fronteira, geralmente pensada em relação ao outro e quase nunca em relação a si (Hegel, 1992).

Sem embargo, a morte está longe de ser um tema de fácil abordagem e manejo, sobretudo nos dias atuais – mas não somente hoje (Elias, 2001). Muitas vezes tem sido vedada, nos mais distintos ambientes e lugares, a questão da morte como assunto de debate, tornando o mote um genuíno tabu, em relação ao qual se adota a esquiva como atitude principal. A repulsa ao tema parece ter como um dos seus liames precípuos o sentimento de angústia e desamparo diante da idéia de *finitude* e do *incognoscível* (Schramm, 2002a). Ademais, a dimensão elegíaca da perda quase invariavelmente atrelada ao “ocaso” é também partícipe dessa intrincada textura de resistência à idéia da morte. Esta, como evento em si, não é o único problema. Não se pode perder de vista que a morte está geralmente relacionada, em muitas circunstâncias, ao sofrimento de uma doença grave ou mitigante – desfecho nefasto desse processo – ou à crueza de um acidente ou de outra causa violenta de fenecer, que ceifa a vida nos melhores dias (Siqueira-Batista, 2001). Em ambas as situações, a supressão do bem maior da vida, tanto de forma insidiosa, quanto de forma abrupta, possibilita a adoção de uma postura reflexiva, com revisão de conceitos e paradigmas por aqueles que experimentam a

proximidade da morte – quer familiares, quer profissionais.

Na esteira dos problemas evocados pelo passamento está a questão do *processo de morrer*, completamente imbricado em aspectos como sofrimento e qualidade (ou precariedade) de vida (Pessini, 2001). Em uma das possíveis confluências da finitude com as questões levantadas pela *tecnociência* – avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da *sobrevida* – está todo o debate sobre a *eutanásia*, a *distanásia* e o *suicídio assistido*, o que parece exigir a compreensão do fenômeno próprio representado pela morte, para uma delimitação mais adequada do problema, tanto em termos individuais, quanto coletivos. Com efeito, o progressivo envelhecimento da população – como o observado no Brasil – permite que um maior contingente de pessoas chegue à senectude, tornando-se mais suscetível às moléstias crônicas e degenerativas – como os cânceres – e, por conseguinte, a um *processo de morrer* mais “prolongado” e sujeito ao sofrimento. Esse panorama se traduz em importantes problemas na área de *saúde pública*, como aqueles relativos ao uso de recursos para o tratamento desses enfermos, e a possibilidade de que um maior número de pessoas seja excluído da adequada assistência à saúde, nesse momento tão crítico – a proximidade da morte. Assim, percebe-se que o debate sobre a *bioética do fim da vida*, longe de ser uma questão relativa ao *indivíduo* – aquele que *morre* –, constitui um autêntico problema de *saúde coletiva*.

Destarte a ponderação, não se torna imediatamente claro que o *conceito de morte* seja capaz de fundamentar – e legitimar – a eutanásia e o suicídio assistido, crítica esta delineada por alguns autores (Schramm, 2001). Ao contrário, as incertezas em relação à possibilidade de uma definição *inequívoca* da morte tem sido motivo para um vasto manancial de discussões acerca da licitude de se prescrever (ou permitir) a eutanásia. Na legislação brasileira, com efeito, a eutanásia é vista como homicídio, com base em uma definição de óbito, qualquer que seja ela. Isto traz um relevante problema no que se refere, por exemplo, à questão dos transplantes de órgãos, nos quais o diagnóstico de *morte encefálica* é o critério para que o “morto” seja submetido a uma cirurgia para retirada dos órgãos.

Baseado nessas premissas, pretende-se abordar duas perguntas consideradas essenciais para o assunto em pauta: (1) Seria possível utili-

zar algum conceito de morte como sustentáculo para a argumentação ética acerca da eutanásia? (2) Em caso negativo, haveria outro referencial teórico substitutivo capaz de fornecer elementos à legitimidade moral da eutanásia – e, se sim, a que ordem pertenceria? Buscar a resposta para essas questões, partindo-se de uma breve apresentação do problema representado pelo fim da vida na prática médica, é o escopo do presente artigo.

O médico e o fim da vida

A medicina é uma das práticas humanas que colocam o profissional diante de seus mais íntimos conflitos, ou seja, em poucas atividades o indivíduo encontra-se tão incisivamente sujeito às pressões, de várias ordens, e ao desgaste profissional (Machado, 1997). A peculiar face de agir, na maior parte das vezes, nas condições em que pulula a dor – momento em que se rompe o equilíbrio próprio à saúde –, faz do médico um profissional permanentemente confrontado com as indagações evocadas pelo sofrimento, em suas mais diferentes facetas (Machado, 1997).

Habitualmente não se pode sair impune de um contexto muitas vezes caracterizável como confronto direto com o sofrimento, o qual tem como perene pano de fundo o óbito. A presença da morte – aquela que, segundo concepção vigente, precisa ser enfrentada pelo médico – instaura no exercício profissional um alto grau de compromisso para com o enfermo que caminha para a restituição da saúde ou ao êxito letal. Essa disposição pessoal de *enfrentamento* da morte por parte do médico – aliada à *empatia* para com o paciente que deve se confrontar com ela – é originada ainda nos primeiros anos da graduação (Siqueira-Batista & Siqueira-Batista, 2002). Desde cedo, o estudante de medicina é *moldado* para ver a morte como “o maior dos adversários”, o qual deverá ser sempre combatido e, se possível, vencido graças à melhor ciência, ou competência, disponível. Essa caracterização de médico como *aquele que vence a morte* já é perceptível na própria narrativa mitopoeítica, podendo ser lembrado o mito de Asclépio (Cedrola *et al.*, 2003), o deus grego filho de Apolo que, em seu aprendizado com o centauro Quíron, teria adquirido a habilidade de ressuscitar os mortos:

Na verdade, [Asclépio] recebera de Atena o sangue que escorrera das veias da Górgona; en-

quanto as veias do lado esquerdo tinham espalhado um veneno violento, o sangue do lado direito era benéfico e Asclépio sabia utilizá-lo para dar vida aos mortos. O número de pessoas que ele ressuscitou desse modo é considerável. Entre elas conta-se Licurgo, Glauco (filho de Minos) e Hipólito (filho de Teseu) (Grimal, 1997).

É deveras interessante perceber, neste excerto, o desejo implícito no *imaginário* médico de *vencer a morte*, muitas vezes tão inerente à postura daqueles que praticam a medicina, mesmo nos dias de hoje, em conformidade ao relatado por Márcio P. Horta:

Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte (Horta, 1999).

Aqui é a dialética vida-morte que está presente: *ou acerto ou morre o paciente!* A densa noção de responsabilidade pela existência do enfermo e a permanente necessidade de decidir nos momentos cruciais são os elementos-chave dessa malha interconectada geradora de angústia (Palacios, 1993).

Deste modo, quando sobrevém o óbito, a sensação de angústia incutida pela percepção da *derrota* é capaz de minar, em muito, a disposição do profissional – afinal, entram em jogo a frustração e a “exposição” de uma ferida narcísica na prepotência médica (Schramm, 2002a) –, alterando substancialmente sua relação com a morte e com aqueles que se encontram em plena *experiência do processo de morrer*. Assim, o médico pode se tornar extremamente reticente para lidar com enfermos em tais condições, por um lado, abrindo-se a perspectiva para uma *luta* desenfreada e (ir)racional, com vistas à manutenção da vida a qualquer custo e sob qualquer pretexto, muitas vezes com extremo sofrimento por parte do paciente, por outro. Neste último caso, tem-se a *distanásia*, termo inicialmente proposto por Morcache, em 1904, no seu livro *Naissance et mort*, significando *uma agonia prolongada que origina uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido*. O vocábulo é freqüentemente utilizado também no intuito de designar *a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora* (Pessini, 2001).

Se, por um lado, o médico pode digladiar com a morte de forma inclemente, por outro,

abre-se a possibilidade, durante o lidar com aquele que *morre*, para a emergência de um desejo de tornar o *passamento* menos angustiante e mais digno. Subserviente à máxima de *consolar sempre*, um enfermo que se encontra na mais absoluta condição de penúria, já com a sua sorte selada pela doença – eventualmente com semanas ou dias de vida – acaba por estimular no profissional médico o esforço de condução com mínimo de padecimento, em condições dignas, até o desenlace final. Eis aqui o problema vital desta proposta de trabalho: a *eutanásia*.

A eutanásia e o suicídio assistido

O termo *eutanásia* é oriundo do grego, tendo por significado *boa morte* ou *morte digna*. Foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte “suave” do imperador Augusto: *A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morreria rápido e sem dor, desejava para si e para os seus igual eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar)* (Suetônio, 2002).

Séculos depois, Francis Bacon, em 1623, utilizou *eutanásia* em sua *Historia vitae et mortis*, como sendo o “tratamento adequado às doenças incuráveis” (*apud* Jiménez de Asúa, 1942).

De outro modo, o *suicídio assistido* ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para morrer, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição. Neste último caso, o enfermo está, em princípio, sempre consciente – sendo manifestada a sua opção pela morte –, enquanto na *eutanásia*, nem sempre o doente encontra-se cômico – por exemplo, na situação em que um paciente *terminal* e em coma está sendo mantido vivo por um ventilador mecânico, o qual é desligado, ocasionando a morte.

Essa delimitação lexical está longe de ser ideal. Em verdade, há uma intensa polissemia do termo *eutanásia*, gerando inúmeros equívocos. Um exemplo é a confusão de conceitos como *eutanásia* e *ortotanásia*, este último termo significando *a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais (distanásia) e sem abreviação do processo de morrer (eutanásia)* (Horta, 1999). Ademais, há interseção – e de certa forma, mescla – com conceitos tais como *homicídio por piedade* e *suicídio*, o que acaba por atribuir uma conotação pejorativa à palavra, trazendo grande prejuízo – e até precon-

ceito – ao debate. Por isso a necessidade de se “limpar” um pouco mais o conceito. Atualmente a *eutanásia* seria *O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam* [grifo nosso] (Lepargneur, 1999).

Apesar de não permitida na quase totalidade dos países – exceção feita à Holanda, à Suíça e à Bélgica – a *eutanásia* é considerada uma prática relativamente comum (Lepargneur, 1999), sobretudo a *passiva* – mas também a *ativa*, destaca Peter Singer: *Cálculos aproximados [na Holanda] indicam que cerca de 2.300 mortes resultam, todos os anos, da prática desse tipo de eutanásia [ativa]* (Singer, 1998).

Um estudo sobre decisões relativas ao fim da vida, realizado na Holanda em 1995, em pacientes infantis com menos de um ano, mostrou que 57% de todas as mortes foram precedidas pela decisão de retirar (ou não oferecer) o suporte de vida; em 23% dos casos foram empregados fármacos capazes de antecipar a morte, e em 8%, a administração intencional de drogas letais foi instituída (Van der Heide, 1997).

A abreviação do momento da morte poderia ocorrer de distintas formas, em relação ao ato em si, de acordo com uma distinção já clássica, a saber (Neukamp, 1937):

- 1) *eutanásia ativa*, ato *deliberado* de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal);
- 2) *eutanásia passiva*, quando a morte ocorre por *omissão* em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial);
- 3) *eutanásia de duplo efeito*, quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito).

Uma outra maneira de se classificarem as várias modalidades de *eutanásia* leva em conta não só as consequências do ato, mas também o *consentimento do paciente* (Martín, 1998):

- 1) *eutanásia voluntária*, a qual atende uma *vontade* expressa do doente – o que seria um sinônimo do *suicídio assistido*;

2) *eutanásia involuntária*, que ocorre se o ato é realizado *contra* a vontade do enfermo – ou seja, sinônimo de “homicídio”;

3) *eutanásia não voluntária*, quando a morte é levada a cabo sem que se conheça a vontade do paciente.

Estabelecida a questão semântica, complicada por diferentes terminologias, impõe-se a discussão do problema *moral* pertinente, ou seja, dos argumentos pró e contra a *eutanásia*, questão bioética que se pode chamar de *controvérsia sobre a moralidade da eutanásia*. Com efeito, os autores que “defendem” a prática apontam para a necessidade de que seja respeitada a *liberdade* de escolha do homem que padece – e que decide, como agente competente e autônomo, pôr fim aos seus dias –, além de argumentar que a *eutanásia* se reveste de um genuíno estofamento humanitário, propiciando que se livre o enfermo de um sofrimento *insuportável*, encurtando uma vida considerada *sem qualidade* – pelo próprio paciente –, não albergando mais nenhum sentido para ser vivida. Entretanto, a despeito dessas visões, a *eutanásia* é uma atitude sujeita a vários questionamentos, alguns de indubitável legitimidade, como os que envolvem o *princípio da sacralidade da vida* – uma das bases de sustentação para os autores que desaprovam a *eutanásia*. Neste caso, a vida como *bem* concedido pela divindade – ou pelo finalismo intrínseco da *natureza* – teria um estatuto sagrado, isto é, incomensurável do ponto de vista de todos os “cálculos” que possam, eventualmente, ser feitos sobre ela, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Outras ponderações contrárias à *eutanásia* incluem: 1) a potencial desconfiança – e subsequente desgaste – na relação médico-paciente; 2) a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida, e outras); 3) a ocorrência de pressão psíquica – por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro “estorvo” para os familiares –, a qual poderia deixar os pacientes, cuja morte se aproxima, sem perspectiva outra que não a “*eutanásia*”, de fato não desejada e, portanto, de alguma forma imposta por motivos circunstanciais.

Todos os argumentos – favoráveis e contrários – são passíveis de contestações, não cabendo aqui, entretanto, que estas sejam esmiuçadas. Sem embargo, deve-se destacar o ponto considerado essencial, isto é, a questão de saber

se um paciente, a princípio cognitivo e eticamente competente, sujeito a sofrimento capaz de torná-lo cioso – por motivos que lhe competem – de que sua *sobrevida* não é mais justificável para ser levada adiante, tem, ou não, o direito moral de escolher como terminar sua biografia, de acordo com seus princípios e valores; ou se, ao contrário, isso só pode ser o resultado de processos decisórios realizados por terceiros, supostamente mais competentes porque não instados pelas contingências; ou ainda de um acordo, *a priori* razoável, tendo em conta uma análise imparcial dos interesses em conflito – do paciente, dos familiares dependentes, da sociedade. A esse respeito parece realmente preferível defender o direito moral, *prima facie* válido, de o sujeito escolher o que considera melhor para o desfecho de sua vida, uma vez que este pode ser compreendido como um marco *fundamental* no exercício da autonomia pessoal e, portanto, do “empoderamento” individual, no que tange aos assim chamados “direitos humanos” fundamentais.

De outro modo, o debate sobre a *eutanásia* remete invariavelmente ao binômio vida e morte. Neste âmbito, uma das idéias vigentes propõe que a questão seja alicerçada sobre o conceito de morte – afinal, dir-se-á que a *eutanásia*, em último caso, consiste em uma *antecipação voluntária da morte*. Assim, uma teorização acerca da morte poderia se tornar o *fiel da balança* para os embates travados em torno do tema. Vejam-se algumas das possíveis implicações da formulação.

Os conceitos de morte

Vida e morte podem ser apreendidas como potências ambíguas de um mesmo processo, como no dizer do filósofo Heráclito de Éfeso: *E como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas* (apud Kirk et al., 1994).

Uma concepção bastante familiar permaneceu ressoando na cultura ocidental, podendo ser encontrada no pensamento filosófico moderno e contemporâneo, como em Michel de Montaigne e Karl Jaspers: *Morrer é a própria condição de vossa condição; a morte é a parte integrante de vós mesmos* (Montaigne, 2000). *Considerando que tanto como existência quanto como consciência que temos desta própria exis-*

tência, nós somos como existência a morte (Jaspers, 1973).

O engendramento da morte no próprio manancial da vida se tornou um núcleo de preocupação também para Martin Heidegger, filósofo que compreendia que a vivência do processo de viver e morrer faz parte da experiência humana como *Dasein* (*ser-aí*), ou seja, de ser lançado no mundo e vulnerável no tempo, tornando-se, de alguma forma, consciente de sua condição de *ser-para-a-morte* (Heidegger, 1989) ou, de forma mais radical, de *ser-para-o-nada*, na perspectiva existencialista (Sartre, 1997). Nesses panoramas, morrer seria um dos pontos culminantes e críticos da experiência humana, prístina condição para se pensar a vida.

Sem embargo, essa caudalosa herança no Ocidente fomentou uma subversão da interseção existência-finitude, tornando a morte completamente – e tão somente – imbricada à tristeza e ao sofrimento. Desta feita, falecer significa despedir-se, deixar de fazer parte deste único mundo conhecido – ameaçador, aniquilador, “nadificador” –, afastar-se do convívio de pessoas queridas. Morrer causaria temor: é o desconhecido que está por vir.

Mas, em que consiste este momento – a morte? Em geral, quando se reflete sobre o traspasse, o que vem imediatamente ao pensamento é a morte clínica (e/ou biológica), sobretudo no âmbito do senso comum. Mas, há diferentes perspectivas para a conceituação da morte, podendo-se estabelecer:

1) a *morte clínica*, caracterizada por parada cardíaca (com ausência de pulso), respiratória e midríase paralítica (que surge cerca de 30 segundos após a suspensão dos batimentos cardíacos), podendo ser *reversível*, desde que sejam implementadas adequadas medidas de reanimação;

2) a *morte biológica*, que surge como uma “progressão” da morte clínica, diferindo desta por seu caráter irreversível (por exemplo, manobras adequadas de ressuscitação não regredem a midríase); caracteriza-se por “destruição” celular em todo o organismo, o que habitualmente se desenrola ao longo de 24 horas (algumas células demoram esse período para fenececer); neste caso, pode-se dizer que um evento essencial na morte celular é a ativação da enzima *cathepsina* – a qual permanece “inerte” durante a vida – que, por sua característica proteolítica, é capaz de promover autólise da célula; mais recentemente, a lesão encefálica ir-

reversível vem sendo considerada morte biológica (ver *morte encefálica* adiante);

3) a *morte óbvia*, na qual o diagnóstico é inequívoco (evidente estado de decomposição corpórea, decaptação, esfacelamento ou carbonização craniana, se há sinais como *rigor mortis* e *livor mortis*, dentre outros);

4) a *morte encefálica*, que é compreendida como um sinônimo para a morte biológica (resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina), sendo caracterizada por uma série de parâmetros que *atestam* a lesão encefálica irreversível – situação em que todos os comandos da *vida* se interrompem, tornando impossível a manutenção da homeostasia corpórea (Menna Barreto, 2001) –, desde que sejam excluídos o uso de depressores do sistema nervoso central, os distúrbios metabólicos e a hipotermia, os quais podem simular tais parâmetros;

5) a *morte cerebral*, que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração: esta função tem um “componente” voluntário e um involuntário, este último “comandando” o processo, por exemplo, durante o sono; nos casos de *morte cerebral* perde-se a *consciência* da respiração, a qual permanece funcionando de forma “automática”; se há *morte encefálica* o centro respiratório se torna danificado de forma irreversível, com a “vida” podendo ser mantida apenas com o emprego de instrumental tecnocientífico;

6) a *morte jurídica*, estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que *a morte termina a existência da pessoa natural*; entretanto, a lei não estabelece o *conceito* de vida e de morte – apenas se ocupando do seu momento –, cabendo à medicina, em especial à medicina legal, estabelecer os critérios válidos (Gogliano, 1998);

7) a *morte psíquica*, na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica; aqui o enfermo toma consciência do escoamento progressivo e inexorável de sua vida, habitualmente após receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável – por exemplo, um câncer disseminado (Kastenbaum, 1981); neste caso, a maior dificuldade do conceito de morte psíquica é a identidade estabelecida entre a *morte* e o *processo de morrer*.

Esta brevíssima explanação acerca de alguns possíveis *conceitos* de morte pretende trazer a dimensão do problema. Se em relação à morte biológica e encefálica pode-se questionar sobre até que ponto vai o discernimento

das situações irreversíveis, com base em dados científicos – vide a mudança de conceito de morte *cerebral* para morte *encefálica*, e desta para morte *cortical* e *neocortical* (nestas duas últimas há comprometimento “apenas” da vida de relação) (França, 2001; Schramm, 1999) –, o que se dirá da morte *psicológica*, dependente da estrutura psíquica de cada indivíduo? Pode-se mencionar que esta *modalidade* de morte está inexoravelmente atrelada à biografia da pessoa que a experimenta, podendo ser vivenciada das maneiras mais díspares.

Ademais, há uma questão fundamental que perpassa a própria evolução da ciência: a visceral mudança sofrida pelo conceito de morte, sobretudo no século 20, em cuja primeira metade a *morte clínica* era praticamente sinônimo de *morte biológica*. Atualmente, já no século 21, há quase que uma *unificação* deste último com o conceito de *morte encefálica* – instituído na segunda metade do século 20. Neste sentido, para Délio Kipper: *a morte encefálica, na realidade, não é um modo de morrer, mas sim um diagnóstico, que é sinônimo de morte, embora existam contestações numa situação rara em que o paciente se encontre na chamada Penumbra Isquêmica Global* (Kipper, 1999).

A pergunta, portanto, é: até quando perderá esta classificação? Ou ainda, em que medida novos “conhecimentos” aplicáveis no âmbito da *tecnociência* não alterarão, profundamente, nos anos vindouros, a conceituação estabelecida para a morte? Em suma: haverá um tempo no qual se poderá decidir que, efetivamente, a morte aconteceu em um preciso momento?

Além das dificuldades conceituais inerentes à morte, há que se ter em mente a perspectiva do médico, profissional que irá vivenciar a morte do outro – seu paciente –, cabendo-lhe, em grande medida, a decisão, outorgada socialmente, acerca da forma de *conduzir* o processo. Algumas questões dessa interface – a dimensão decisória do *enfermo* no pleno exercício de sua *autonomia* – serão coligidas a seguir.

Da morte “objetiva” à autonomia pessoal?

Consoante o visto, há uma nítida *fluidez* no conceito de morte (Rodrigues, 1983; Ariès, 1989). Não é à toa que ele é ainda discutido – e, provavelmente, para sempre discutível (Schramm, 2002b). O traspasse, no início do

século 20, foi caracterizado pela cessação dos batimentos cardíacos – a morte clínica anteriormente mencionada –, enquanto, atualmente, a irreversibilidade de uma parada cardíaca, após reanimação, ou a morte encefálica podem ser considerados conceitos preponderantes de óbito. Todavia, mesmo o conceito de morte encefálica, conforme o discutido, é sujeito a controvérsias em alguns dos seus aspectos (Coimbra, 2000; Kipper, 1999), ainda mais se é levado em conta um *adendo* feito pelo Conselho Federal de Medicina, no intuito de estender a aplicabilidade do conceito de morte encefálica não apenas para o transplante de órgãos, abrindo a possibilidade para a suspensão da terapêutica nestes casos. Por exemplo, o Parecer nº 12/98 do CFM, de 17 de junho de 1998, traz o seguinte excerto: *Os critérios para verificação de morte encefálica não se aplicam apenas às situações de transplantes de órgãos. Os médicos devem comunicar aos familiares a ocorrência e o significado da morte encefálica antes da suspensão da terapêutica* (CFM, 1998).

Essa extensão do conceito de morte *encefálica* minimizaria os riscos de abusos – reais ou supostos – referentes à possibilidade de *comércio* de órgãos para transplante (França, 2001).

Todo esse dilema traz à baila uma *primeira* consequência inexaurível: a vigência de um paradigma de morte é discutível o bastante para se duvidar da possibilidade de adotá-lo como fiel da balança, em um assunto tão delicado e com implicações tão vastas. Mas, por outro lado, a não referência a um paradigma pode originar consequências inaceitáveis para a prática clínica. Assim, exercitando a reflexão, ainda que se pudesse caracterizar de forma *inequívoca* em que consiste a morte – o que está longe de ser uma possibilidade vislumbrada (Kipper, 1999; Schramm, 2002b) –, o cerne do problema aí não residiria. E aqui se pode *apelar* ao “velho” Epicuro, que em suas preleções denunciava claramente que: *Enquanto vivemos, a morte não existe; quando a morte passa a existir, nós já não existimos* (*apud* Luce, 1994).

Se é conceituado que um indivíduo está morto, *não há mais espaço para se discutir a eutanásia*, uma vez que já se estabeleceu o ocaso. A questão está assim colocada: há um evento, um fato inexorável, capaz de pôr em xeque o próprio pensamento – partindo-se do pressuposto, como queriam os epicuristas, de que há cessação do mesmo após o *derradeiro momento* –, ou seja, a *morte*. Por seu turno, este momento não surge *ex nihilo nihil*, mas sim como des-

fecho de um devir: o *processo de morrer*. E aqui está um *segundo* grande “tendão de Aquiles”: não é a morte o que realmente importa, mas sim o seu processo, a *certeza* de que a vida se enveredou por um “caminho” sem volta, o qual desembocará no Hades! E, se já há enorme dificuldade em se estabelecer, de fato, o momento da morte, o que se dirá do processo de morrer, que, por definição, não pode ser pensado como “momento”? Será a *ciência contemporânea* capaz de delimitar com precisão, isto é, “objetivamente”, a entrada neste caminho? Ou, ao contrário, a consciência “subjéctiva” de que a própria morte está em curso referir-se-á a instância *psíquica e/ou filosófica*?

Posto isto, parece claro que não se pode tentar fundamentar o debate *ético* acerca da eutanásia em um estatuto presumivelmente *científico* – quiçá epistemologicamente consensual – como o conceito de morte, o que parece levar a uma primeira, talvez simplória, conclusão: o ocaso, como evento, não é a questão central para se lidar *moralmente* com a eutanásia, mas, sim, o seu *processo*, o qual tem um âmago genuinamente filosófico: *eutanásia e suicídio se relacionam intimamente com o sentido profundo da existência e constituem um problema essencialmente filosófico, não científico* (Schramm, 2001).

Delineadas, de forma bastante introdutória, as dificuldades para se entabular uma discussão ética sobre a eutanásia com base em um conceito de morte que se presume cientificamente “objetivo” ou fidedigno – para o paradigma dominante –, resta a pergunta genuinamente ética, acerca da existência de um referencial, intrínseco à própria filosofia moral, capaz de ocupar esse possível *vácuo* epistemológico deixado pelas incertezas acerca da morte. Uma das possíveis respostas dadas a esta indagação passaria pela idéia, interna ao campo da ética e da longa tradição das ciências humanas e sociais – ou *Geisteswissenschaften* –, de *autonomia pessoal*, a qual permitiria, em princípio, afirmar que: *Em tal sentido, pode-se dizer que, em caso de conflito de interesses e de direitos, o direito da autodeterminação tem uma prioridade léxica sobre os demais direitos no contexto de decisões referentes à vida e à morte de seu titular, quer dizer, a pessoa em princípio é mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida* [o grifo é do original] (Schramm, 2001).

De fato, o termo *autonomia* é originado, historicamente, no seio da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas,

isto é, a *pólis*; posteriormente, a partir da modernidade, o conceito de *autonomia* passa a se aplicar ao indivíduo, chegando a uma formulação moral sistemática com a *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de Immanuel Kant. Mas, apesar de a idéia de autonomia estar centrada no conceito de indivíduo – um necessário “produto” da modernidade burguesa e protestante (Weber, 1973) –, pode-se buscar, igualmente, antecedentes na Antigüidade, por exemplo, na ética estóica: *[Os estóicos] consideravam o suicídio a afirmação suprema da liberdade individual e pensavam que o homem como um agente moral devia ser livre para escolher a morte em vez da vida* [o grifo é nosso] (apud Luce, 1994).

Desse modo, argumentos a favor da *eutanásia* podem ser arrolados a partir de um estofo primevo – fundado na própria tradição filosófica grega preocupada em estabelecer uma *autarquia* do perguntar, com relação à narração mitopoética –, encarnado no *princípio da autonomia*, segundo o qual cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de suas forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjéctivamente insuportável, de tal sorte que: *[O interesse do indivíduo em morrer] se deve a uma razão aparentemente simples, defendida pela bioética laica e segundo a qual se se aceita que existe uma prioridade da qualidade de vida sobre a vida em si, se deve admitir também que, prima facie, o mais competente para decidir qual é a melhor qualidade de sua vida é o próprio titular* [o grifo é nosso] (Schramm, 2001).

Se são deixadas de lado – provisoriamente? – as pretensões “objetivistas” sobre o que, de fato, a *episteme* (referente aos fatos naturais) não pode responder – porque não lhe cabe dizer o que, na “solidão” do experienciar a finitude do processo viver/morrer (Elias, 2001), cada um vivencia – parece que o fundamento, se é que isso possa existir, deverá ser encontrado em um âmbito diferente daquele da ciência. Se isto que está sendo questionado for pertinente, se estaria diante de uma *radical guinada* na perspectiva de fundamentação, e até de “desconstrução”, em sentido derridiano, do próprio embasamento das indagações sobre a ética do fim da vida. Deslocar-se-ia, em outros termos, o problema do *conceito da morte* – a ser supostamente estabelecido pela ciência – para um pergunta sobre o exercício da *autonomia* do próprio interessado, calcado na decisão de não permane-

cer em um sofrimento indesejável – em um martírio que não o conduzirá a lugar algum (Kottow, 2000) – ou, então, de continuar padecendo, não por uma decisão tomada por outrem, mas, sim, por uma opção pessoal, que pode até ser a de se submeter, por boas razões, à imposição do *outro*. Nesse sentido, é interessante pontuar que Michel de Montaigne chamou atenção para o fato de que a própria pergunta sobre o problema da morte constitui-se em um ato de liberdade: *Meditar sobre a morte é meditar sobre a liberdade; quem aprendeu a morrer, desaprendeu de servir; nenhum mal atingirá quem na existência compreendeu que a privação da vida não é um mal; saber morrer nos exime de toda a sujeição e constrangimento* (Montaigne, 2000).

Assim, do ponto de vista da moralidade da eutanásia, não se trata mais de interrogar sobre a *morte* como fato – quiçá sobre o *processo de morrer* (ao menos com pretensões “objetivas”) –, mas, sim, pela *autonomia* do homem para decidir por sua *liberdade* de escolher o próprio fim, ou não. Procurou-se argumentar sobre esta que é a questão principal, tanto para a filosofia moral – inclusa a bioética – como também para a vida que se pensa, e decide, na pessoa autêntica, de *ser-para-a-vida-e-para-a-morte*.

Considerações finais

As presentes reflexões pleitearam delinear o alcance e os limites do conceito de *morte*, na medida em que este é pretendido como esteio precípuo ao debate bioético sobre a eutanásia. Nesta desconstrução, tornou-se clara a insuficiência, até hoje, do formulado sobre o assunto, o que levou à tentativa de estabelecimento de uma alternativa – a idéia de *autonomia* –, a qual foi considerada capaz de contemplar uma série de aspectos fundamentais em relação à eticidade – ou não – da eutanásia. Entretanto, este último conceito apresenta também uma série de problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita. Diferentes autores (Kottow, 2000; Schramm, 1998; Segre *et al.*, 1998) pontuam os limites do próprio conceito de autonomia, a saber:

1) a possibilidade, sempre real, de que haja dificuldade para a compreensão de aspectos da realidade representa um genuíno “empecilho” para o pleno exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país – como o

Brasil – no qual a maior parte da população não tem acesso à educação – e *formação*, no melhor sentido grego da palavra (Jaeger, 1995; Siqueira-Batista, 2003) – necessárias ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência;

2) a impossibilidade de se constituir um *nomos* particular – próprio – a partir do nada, uma vez que a tomada de decisões só é levada a cabo no âmbito de coordenadas socialmente determinadas – a liberdade irrestrita é uma ilusão, haja vista todo o “enredamento” cultural no qual o homem se encontra imerso;

3) a possibilidade, à luz da bioética principialista – calcada nos princípios de *autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência*, ou outros – de que sempre é factível a existência de conflitos entre os princípios em pauta, reduzindo-se, mutuamente, a congruência de uns aos outros, o que é particularmente observado nas situações em que se priorize a autonomia – neste caso, muitas vezes, se tornaria inviável a aplicação dos demais, quando estes podem, por boas razões, terem uma prioridade léxica (por exemplo, autonomia *versus* justiça);

4) a existência de uma assimetria nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, que pode, em inúmeras oportunidades, tornar inviável a aplicação do princípio – é mencionável, a título de exemplo, a possibilidade de *choque* entre a autonomia do enfermo e a responsabilidade profissional, como nos paradigmáticos casos em que é indicada hemotransfusão para os Testemunhas de Jeová, em circunstâncias de risco iminente de vida.

Estas brevíssimas ponderações são apenas alguns pontos capazes de explicitar as agudas indagações abordadas pelo exercício da *autonomia* pessoal diante da relevante questão do binômio vida e morte. Sem embargo, a despeito disto, não se pode abrir mão da idéia de que o titular da própria vida é detentor da prerrogativa de decidir, em condições ótimas – isto é, pressupondo um sujeito, em princípio, cognitivamente e moralmente competente –, sobre seu próprio caminho até a morte. Exatamente aqui está um dos “quês” do problema: propiciar o contexto favorável à liberdade do homem (no sentido de seu “empoderamento” de fato) –, disposição, esta, que possui antigas raízes no *Iluminismo*, e quiçá, ainda mais *arcaicas*, no Helenismo. Talvez este seja um dos grandes desafios a serem enfrentados, no futuro, pelo *Übermensch* – o ‘*Sobre-homem*’ nietzschiano –

o qual, de acordo com uma interpretação “pós-moderna” de Gianni Vattimo, deve ser entendido, sobretudo, como alguém que tenta ir *para além* de seus limites pessoais, e não como aquele capaz de exercer o poder sobre os demais (Vattimo, 1981).

Todos os matizes, presentemente trabalhados, permitem uma composição na qual o conceito de morte – em sua vertente *científica* – e o conceito de autonomia – em sua vertente *filosófica* –, apesar de utilizados como fulcros para o debate ético sobre o fim da vida, albergam dificuldades intrínsecas difíceis de se contornar. Este panorama convida à reflexão, com vistas à busca de novo(s) modelo(s) para a discussão de um aspecto tão inerente à vida, a morte, o

último ato no palco da existência. Nesta interseção criativa consubstancia-se a bioética – forma de ética aplicada que se preocupa, essencialmente, com as possibilidades de compor *análise e práxis* na tentativa de resolver, da maneira mais imparcial possível, os conflitos e as controvérsias que surgem nas inter-relações humanas –, a qual se vê instada a se debruçar e se redebruçar sobre os possíveis resultados das tentativas de soluções razoáveis, referentes às questões existenciais, de *ser-para-a-morte-e-para-a-vida*, almejando que sejam respeitadas as múltiplas interfaces da vivência humana “à beira de uma eternidade” que pode corresponder, muito bem, à aniquilação e à perdição para sempre.

Referências bibliográficas

- Cedrola JPV, Carvalho GA, Bezerra TS, Siqueira-Batista R & Siqueira-Batista R 2003. Asclépio, mito e medicina. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis* 5(supl):47.
- Coimbra CG 2000. Morte cerebral: falhas nos critérios diagnósticos. *Ciência Hoje* 27(161):26-33.
- Detienne M 1988. *Os mestres da verdade na Grécia arcaica*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- Elias N 2001. *A solidão dos moribundos*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- França GV 2001. *Direito médico*. (7ª ed). Fundo Editorial Byk, São Paulo.
- Freud S 1974. Nossa atitude para com a morte. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, volume XIV. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Gogliano D 1998. *Pacientes terminais – morte encefálica*. Bioética (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <www.cfm.org.br/revista/bio2v1/pacienterm.html>
- Grimal P 1997. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. (3ª ed). Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Hegel GWF 1992. *A fenomenologia do espírito*. Ed. Vozes, Petrópolis.
- Heidegger M 1989. *Ser e tempo*. Ed. Vozes, Petrópolis.
- Horta MP 1999. *Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer*. Bioética (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <www.cfm.org.br/revista/bio1v7/bio_eutanasia.htm>
- Jaeger W 1995. *Paidéia: a formação do homem grego*. Tradução de Artur M. Parreira. (3ª ed). Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- Jaspers K 1973. *Filosofia da existência*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Jiménez de Asúa L 1942. *Libertad para amar y derecho de morir*. Losada, Buenos Aires.
- Kastembaum RJ 1981. *Death, society and human experience*. (2ª ed). Mosby, St. Louis.
- Kipper D 1999. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para a nossa realidade. *Bioética* 7(1):59-70.
- Kirk GS, Raven JE & Schofield M 1994. *Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Kottow M 2000. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Revista Brasileira de Educação Médica* 24(3):40-45.
- Lepargneur H 1999. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 7(1):41-48.
- Luce JV 1994. *Curso de filosofia grega: do séc. VI a.C. ao séc. III d.C.* Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- Machado MH 1997. *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Martin LM 1998. Eutanásia e distanásia, pp 171-192. In SIF Costa, G Oselka & V Garrafa (orgs.). *Iniciação à bioética*. Conselho Federal de Medicina, Brasília.
- Menna Barreto SS 2001. *Rotinas em terapia intensiva*. (3ª ed). Artmed Ed., Porto Alegre.
- Montaigne M 2000. De como filosofar é aprender a morrer. *Ensaio*, volume 1. Ed. Abril Cultural, São Paulo.
- Neukamp F 1937. Zum Problem der Euthanasie. *Der Gerichtssaal*, 109:403.

- Palacios MP 1993. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pessini L 2001. *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* São Camilo-Loyola, São Paulo.
- Rodrigues JC 1983. *Tabu da morte*. Ed. Achiamé, Rio de Janeiro.
- Sartre J-P 1997. *O ser e o nada. Ensaio de fenomenologia ontológica*. (2ª ed). Ed. Vozes, Petrópolis.
- Schramm FM 1998. A autonomia difícil. *Bioética* 6(1):27-37.
- Schramm FM 1999. *Caso clínico* (comentário). *Bioética* (Conselho Federal de Medicina). Disponível em <www.cfm.org.br/revista/bio2v6/casoclinico.htm>
- Schramm FR 2001. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 6(11):43-54.
- Schramm FR 2002a. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 48(1):17-20.
- Schramm FR 2002b. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 26(1):178-183.
- Segre M, Leopoldo e Silva F & Schramm FM 1998. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética* 6(1):15-26.
- Singer P 1998. *Ética prática*. (2ª ed). Ed. Martins Fontes, São Paulo.
- Siqueira-Batista R 2001. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis* 3(1):18-22.
- Siqueira-Batista R 2003. *Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. Landy, São Paulo.
- Siqueira-Batista R & Siqueira-Batista R 2002. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cadernos de Saúde Coletiva* 10(1):9-18.
- Suetônio 2002. *A vida dos doze Césares*. Tradução de Sady-Garibaldi. (2ª ed). Prestígio Ed., São Paulo.
- Van der Heide A 1997. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 350(6):251-255.
- Vattimo G 1981. *Al di là del Soggetto*. Nietzsche, Heidegger e l'Ermeneutica. Feltrinelli, Milão.
- Weber M1973. *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. Vol I. Suhrkamp, Frankfurt a/Main.

Artigo apresentado em 1º/7/2003

Aprovado em 11/9/2003

Versão final apresentada em 1º/10/2003

Eutanásia e compaixão

Rodrigo Siqueira-Batista

Professor Titular da Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO, Médico do Hospital Universitário - UFRJ. E-mail: anaximandro@hotmail.com

Resumo

A experiência de estar morrendo, em decorrência de uma moléstia grave e incurável, pode albergar um profundo sofrimento, tanto pelas manifestações relativas à enfermidade - como a dor -, quanto pela iminência do fim - o se saber mortal. Nestes casos, quando a agonia e o desespero dão o tom, preenchendo completamente os momentos derradeiros do viver, a interrupção - definitiva - do martírio torna-se, muitas vezes, a melhor opção para aquele que se esvai, de tal sorte que uma *boa morte*, a *eutanásia*, pode se constituir em uma genuína libertação. Refletir, brevemente, sobre a moralidade da eutanásia - enfocando-se, de forma mais cuidadosa, a finitude, o sofrimento e a compaixão - é o escopo desta comunicação.

Introdução

Raio do céu,
Atinge esta cabeça,
Encerra uma vida inútil,
Uma vida terrível!
Vem ó morte,
Desata os laços!
Eurípedes, Medéia

A medicina é uma das mais arcaicas atividades humanas^{1, 2} - no duplo sentido do termo grego *arkhé*, *antiga e fundamental* -, confundindo-se os seus caminhos com a própria história do *Homo sapiens sapiens*³. Como *matizes* mais vívidos do amplo panorama do *saber-fazer* médico, podem ser elencados o contato permanente com as mais diferentes dores, angústias e sofrimentos que afligem as pessoas, bem como a perspectiva de amparo para aquele que padece, na tentativa de auxiliá-lo a (con)viver [melhor] com suas fragilidades e incertezas.

Sem embargo, não é possível delimitar um arcabouço linear para o *processo histórico* de desenvolvimento médico. De fato, para Daniel Callahan, poder-se-iam identificar três momentos bastante diferentes na "evolução" da medicina, a saber:^{4, 5}

(1) *fase dos cuidados* - ou *pré-científica* -, caracterizada pelo grande zelo para com os enfermos, a despeito da baixa resolutividade;

(2) *fase da cura*, a partir de meados do século XX, expressa na rápida incorporação técnico-científica e na alta resolutividade, havendo grande aumento da expectativa média de vida das populações e no controle e tratamento de várias moléstias, especialmente as infecciosas;

(3) *fase dos limites*, a partir dos anos 70-80, na qual pode ser inscrita a tomada de consciência da "finitude", no âmago da "cultura dos limites", abrangendo os problemas relativos ao estrondoso progresso biomédico (elevados custos, escassez de recursos, perenidade da crise sanitária a despeito dos avanços científicos) e à ambivalência médica em relação à morte.^{6, 7}

A tomada de consciência destes limites, no âmbito contemporâneo, representa uma profunda ferida narcísica no projeto humano de arremesso para além de sua própria *condição*⁸ inscrito em um ideário maior de *perfeição*, tal qual o esboçado em outro momento.⁹ Um dos pontos que sobressaem nesta aspiração de *sobre-humanidade* é a busca pela "infinitude" - ou pelo elixir da longa vida dos alquimistas-, o que é compreensível, na medida em que

o se saber mortal é uma das marcas da *hominalidade*¹⁰, a ruptura decisiva com a dimensão de animal - segundo Edgar Morin, caracterizando uma cisão ainda mais essencial que a linguagem¹¹. A morte é, assim, um inimigo horrível a ser superado:

“Em nossa paisagem mental ocidental ainda permanece a idéia de que a morte é esse perigo medonho e terrível que nos dissolve, advindo daí a procura persistente de uma salvação, de uma vitória sobre a morte e não de uma aquiescência do nada.”¹²

Mas, se a morte é incontornável - ao menos por enquanto ... - colocar-se diante dela como um guerreiro pronto para o combate é assumir, como Heitor defronte a Aquiles¹³, todo o ônus de uma derrota mais que previsível, ou seja, antecipada e inequívoca. Nesta perspectiva, o médico, à semelhança do deus Apolo - o qual tenta retardar o encontro derradeiro dos dois heróis da *Iliada*, envolvendo Heitor em uma nuvem¹³ -, luta para adiar o ocaso ao máximo - em nome de uma suposta preservação da (sobre)vida -, utilizando para isto toda tecnologia disponível - métodos diagnósticos, fármacos, procedimentos invasivos, entre outros -, sem jamais [ou quase nunca] se perguntar sobre o real significado de existir, para uma pessoa tantas vezes submetida aos mais extremos e insuportáveis sofrimentos, nos seus derradeiros suspiros. Em tais situações, quando a vida é uma condenação, morrer pode representar a liberdade - o mergulho no infinito íntimo de sua própria aniquilação -, tornando a eutanásia uma possibilidade de redenção para aquele que padece.

Refletir acerca destas questões, nos campos conceituais da filosofia e da bioética é, pois, o mote desta apresentação. Delimitar-se-á, inicialmente, a face nua do sofrimento - na vida e no fenecer -, enquanto experiência de ser, orientando-se, a seguir, o debate para o regato cáldo da eutanásia - literalmente *boa morte* -, tornada possível no horizonte bioético da proteção, através de uma legítima atitude de *compaixão* - esta, em última análise, âmbito da moralidade que se quer buscar.

Finitude e Sofrimento

Caminhar para o ocaso e se saber finito são elementos intrínsecos à experiência humana de existir¹⁴. O *se-saber mortal* não pode ser visto apenas como uma das questões genuínas da vida, mas, sim como o problema fundamental do homem¹⁰, sua dimensão definitiva, como muito bem delimitaram Albert Camus¹⁵ e Emil Cioran:¹⁶

"A morte coloca um problema que substitui todos os outros!"

Se estar vivo pressupõe a morte que virá, ao morrer é necessário o estar vivo, como vaticinado por Heráclito de Éfeso: (Fr. 88 de Heráclito, apud Kirk et al.¹⁷)

"E como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas."

A inseparabilidade de seu termo torna o humano um ser que sofre pela angústia do desconhecido¹⁸ - ou, mais propriamente, do incognoscível - uma vez que a morte é, por definição, impensável, representando a negativa radical do ser, o nada inapreensível e não-formulável que escapa a qualquer tipo de ponderação^{10, 19}. Ter certeza do termo e almejar por algo que permaneça, significando o escape à aniquilação, ao vôo profundo em um vazio não-racional - ou seja, um fim definitivo para a ordem, como no *ápeiron*, o ilimitado, de Anaximandro² - é também fonte de tormento e aflição, em decorrência da impossibilidade de se aplacar a *vontade de vida* intrínseca ao *ser*²⁰. Todo vivente consciente de si manifesta a angústia essencial diante da inexorabilidade do seu termo. O fato de a religião, a *filosofia* e a *ciência* proporcionarem algum conforto para este mal-estar ratifica a sua presença inextirpável. Deste modo, compreende-se que existir é sofrer. Tal é a constatação que ressoa na própria estruturação da vida humana, enquanto horizonte que perpassa as mais díspares culturas.²¹ Dos brutais ritos iniciáticos dos povos em que o mito se *mantém vivo*²² - os quais pretendem reproduzir a existência tal qual ela é -, até a concepção órfica de nascimento como castigo - queda em um corpo - por conta de uma culpa originária que necessita ser expiada²³, tornam-se perceptíveis os elementos trágicos do ser. Ainda nos primórdios da filosofia, Empédocles de Agrigento declara cabalmente: (Fr. 124 de Empédocles, apud Kirk et al.¹⁷)

"Ai, pobre e infeliz raça dos mortais, de que discórdias e lamentos vós nascestes!"

Os sofrimentos que impregnam a existência humana se engravam firmemente, na carne e no espírito, enquanto raízes com ramificações muito profundas.²⁴ Neste âmbito, a corrupção física determinada implacavelmente pelo tempo - a narrativa de Oscar Wilde, em *O Retrato de Dorian Gray*, é rica em demonstrar este processo²⁵ - se inscreve como um real deflagrador do padecimento - manifesto no esvair de forças, na fragilidade própria do que é a vida -, como bem definiu Freud²⁶, em *O mal-estar na civilização*, ao reconhecer as três possíveis fontes para o suplício do humano:

"O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do

mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos como os outros homens”.

A frugalidade da vida corpórea é denunciada em diferentes aspectos. Os dois primeiros elementos levantados por Freud expõem a miserabilidade da existência material - e mortal - sujeita ao fenecer, na medida em que a biografia pode ser interrompida de assalto - por um acontecimento trágico, como, por exemplo, um acidente ou um crime -, em decorrência da ação das *forças esmagadoras e impiedosas*, ou se deteriorar em um processo de decomposição paulatino, matizado pela doença e pela dor, como no caso das pessoas que têm a morte absolutamente próxima de si, vitimadas por um câncer (ou qualquer outra moléstia grave e inexorável) para as quais se encontram esgotadas as possibilidades de cura.²⁷ No cerne desta modalidade do sofrimento, subsistem várias tensões colocadas pelo fim nada eminente, no espaço que uma morte iminente é capaz de demarcar:

(1) um sofrimento físico, caracterizado por uma série de manifestações clínicas - como *astenia, anorexia, dispnéia, náuseas e vômitos* -, das quais sobressai a *dor*²⁸, com suas diferentes origens - secundária à própria moléstia ou à terapêutica empregada -, por vezes excruciante, capaz de preencher o mundo daquele que a vivencia, a ponto de impossibilitar a concentração nos demais aspectos do dia-a-dia;¹⁸

(2) um padecimento psíquico, permeado pelo *medo* (de deixar de ser, de ter um passamento "doloroso", de se tornar repugnante, entre outros), *a negação, a depressão, o tédio, o desamparo, a solidão e o abandono* - mormente pelos profissionais que assistem o enfermo²⁹;

(3) uma amargura de origem social, a qual incluiria a deterioração das relações familiares, a exclusão social, o afastamento e o isolamento paulatinos^{14, 30}.

Esta torrente de considerações permite perceber, claramente, que nas circunstâncias em que um enfermo se encontra moribundo, o lúdimo fundamento para o sofrimento não é a morte em si, mas a existência miserável que se arrasta para o seu fim, permeada pelo desespero do *não-saber*, pela dor física e existencial, especialmente se o homem que padece passa a vítima daqueles que o deveriam assistir, tornando-se submetido aos grilhões da obstinação terapêutica³¹ - ou seja, a *distanásia*, agonia prolongada em um morrer sofrido, tal qual o demarcado inicialmente por G. Morache³² -, uma terrível *ferida moral*.²⁷ Tal é a condenação: o enfermo, violentado em sua autonomia, impossibilitado de dizer não a este (re)nascimento forçado a cada minuto, invadido em sua intimidade corpórea - e muitas vezes, simbólica -, arrebatado por uma ciência que prima pela ânsia de conhecer, e, finalmente, torná-lo laboratório de 'experimentos' técnicos e farmacológicos ... Como Frankensteins contemporâneos, sem rosto e sem nome, sem dignidade e sem valor.⁹

Nestes dias de álgida amargura, vale a pena recolocar a pergunta: qual o significado das palavras sofrimento e condenação? A vida que se esvai lenta e desesperadamente, ou a morte capaz de significar a alforria do padecer? Podemos responder com Sören Kierkegaard³³, reconhecendo que:

“Assim se apresenta o desespero, essa enfermidade do eu, "a doença mortal". É um doente de morte o desesperado. Mais do que em nenhuma outra enfermidade, é o mais nobre do eu que nele é atacado pelo mal. No entanto, o homem não pode morrer dela. Neste caso, a morte não é o fim da enfermidade: é um fim interminável. Nem a morte pode salvar-nos dessa doença, pois aqui a doença, com o seu sofrimento e... *a morte, é não poder morrer.*” [grifo nosso]

Diante da dor, experimentando o sofrimento e o desespero nas profundezas de suas entranhas, o homem que sofre deveria poder escolher, de forma autônoma³⁴, o desfecho que melhor lhe convém, a saber:

(1) se manter em sua condição a despeito de todo martírio, desde que seja permitida uma existência com alguma dignidade, o que pode ser efetivamente proporcionado pela disponibilização de *cuidados paliativos*;²⁷

(2) decretar seu fim através da *eutanásia*, entendida aqui no sentido mais amplo de boa morte - ou ainda como "o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam"³⁵ - passamento que redime e liberta de uma vida que já não vale mais a pena ser vivida, sempre de um ponto de vista do seu próprio titular;³⁶

(3) perpetuar sua existência, utilizando-se de todos os meios disponíveis, aceitando para tal, inclusive, a submissão à *distanásia* com todos os seus riscos e conseqüências.³¹

Caso a escolha do sujeito recaia sobre o termo de seu calvário, se o seu existir assim lhe parecer - afinal, a existência e alcance dos cuidados paliativos não são garantia, absolutos, de que o sujeito preferirá se manter vivo³⁷ -, será necessário um elevado nível de receptividade por parte do *outro* - por exemplo, um profissional de saúde responsável pela atenção ao enfermo -, estabelecendo-se assim o horizonte intersubjetivo para as discussões éticas - e bioéticas - acerca da eutanásia.

Eutanásia: Proteção e Compaixão

Muitas das questões relativas ao binômio *vida-morte* acima esboçadas, encontram-se no coração da *bioética*,

disciplina que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoieticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos.³⁸ Diferentes correntes desta disciplina podem ser evocadas para a resolução dos conflitos morais relacionados ao fim da vida; mas, se a eutanásia é compreendida como real possibilidade de amparo aos sujeitos autônomos, moribundos e desprotegidos, os referenciais colocados pela *bioética da proteção*^{39, 40} tornam-se de grande valia para a argumentação e tratamento das questões relativas à boa morte. De fato, recuperando-se o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) - no mundo homérico - de "dar abrigo" aos animais - sem olvidar os outros significados, caráter (ἦθος) e costumes (ἔθος) - torna-se clara a intrínseca perspectiva cuidadora e protetora da ética, e, por conseguinte, da bioética, como o delimitado por Fermin Roland Schramm:⁴¹

"A bioética da proteção é uma ética aplicada que se refere às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e socioculturais, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais."

A caracterização da *proteção* neste excerto é plenamente aplicável ao paciente fragilizado e desamparado por consequência de uma moléstia grave, incurável e mitigante. Proteger o enfermo em suas dores, angústias e temores - na medida em que isto for possível -, possibilita a recuperação da dimensão do *cuidado*, como bem demarcado por Callahan:⁴²

"[...] o cuidado deve sempre ser prioritário sobre a cura, pela mais óbvia das razões: nunca há qualquer certeza de que nossas enfermidades possam ser curadas, ou nossa morte evitada. Eventualmente, elas poderão e devem triunfar. [Mas] nossas vitórias sobre nosso adoecimento e [sobre a] morte são sempre temporárias, mas nossa necessidade de suporte, de cuidados, diante deles, é sempre permanente."

A pergunta que se coloca, ato contínuo, refere-se à *motivação* para atuar nesta dimensão do cuidado e da proteção: o que seria capaz de mover um *Sujeito* - por exemplo, profissional de saúde - no sentido de cuidar e proteger um *Outro* que sofre? Haveria uma instância mais ampla permissiva ao amparo de uma pessoa - mas, também, de uma população ou do próprio planeta?

Tal questionamento refere-se, em última análise, à busca pelo fundamento da moral, o qual foi motivo de grandes reflexões ao longo da tradição ocidental, destacando-se os conceitos de *bem* em Aristóteles⁴³ e *dever* em Immanuel Kant⁴⁴. Neste sentido, F. Roland Schramm e Ciro A. Floriani, em recente manuscrito²⁷, expressam que o cuidado será factível, sempre que aquele que assiste ao enfermo que se esvai, adotar uma atitude acolhedora, ou seja,

"[...] tornando-se sensível e conseguindo - de modo *empático* e *simpático* - perceber a precariedade do momento vivido pelo paciente fragilizado e desamparado [...]" [grifo nosso]

Ter *simpatia* - do grego συμπάθεια, de συμπάσχω = padecer juntamente, simpatizar, compadecer - é ter compaixão⁴⁵ originariamente na tradição ocidental com-partilhar o πάθος (*páthos*= paixão, sentimento, afeto arrebatador) do outro. Esta é o sentido cristão de tomar para si o sofrimento alheio - do latim *compati* = sofrer com (e não sofrer como)²⁴ -, reconhecendo, São Tomás de Aquino, a *compaixão* como a virtude maior.⁴⁶

A compaixão é, igualmente, o fundamento na ética do budismo, apropriado pela filosofia ocidental no pensamento de Arthur Schopenhauer - na verdade, sua principal "influência oriental" foi recebida dos *Upanixades* hindus^{47, 48}. Distintamente da tradição cristã, a dimensão budista evocada por *Karuna* (compaixão em sânscrito) é muito mais de acolhida da angústia alheia, como nas palavras de David Brandon:⁴⁹

"Compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios."

Tal acolhimento pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas, sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente⁵⁰, caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade.⁵¹ Nesta perspectiva, a *compaixão* pressupõe o deslocamento do "eu" em direção ao "outro", a partir de uma deferência incondicional à inserção deste último no mundo.⁵² De fato, ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista - ou seja, decidir, deliberadamente, acerca do que é melhor para outrem -, fundamentado em um mero sentimento de pena ou comiseração, mas, sim, desenvolver e praticar um amplo respeito à existência, na medida

em que se recebe aquele que sofre, ativamente, em seu âmago:⁵³

“É praticando a compaixão sem limites que uma pessoa desenvolve o sentimento de responsabilidade pelos semelhantes, o desejo de ajudá-los a superar de forma eficaz seus sofrimentos.”

Com efeito, é incorreta a perspectiva de compreender a compaixão enquanto piedade, desde que esta seja entendida apenas como beneficência passiva de alguém em uma situação de "superioridade" para um outro em total impotência e penúria⁵⁴. A genuína compaixão se estabelece *entre iguais* - sujeitos que se reconhecem mutuamente entre si -, na medida em que se compreende a vida como manifestação de um mundo ambíguo - prazeres e dores; felicidades e sofrimentos; sabores e agruras -, marcado pela impermanência e transitoriedade de todas as coisas⁵⁵, às quais todos os vivos, sencientes, estão invariavelmente submetidos. Acerca disto, por exemplo, não se pode olvidar que é diante da finitude que se expressa de forma mais consistente a igualdade de todos os humanos, perecíveis, sujeitos inexoravelmente ao ocaso e, como discutido, sabedores de sua condição:⁵¹

“Considerar que a felicidade e a infelicidade fazem parte da não-permanência vai despertar em nós, ao mesmo tempo, uma qualidade de compaixão e uma qualidade de presença junto aos sofrimentos do outro [...].”

Reconhecer a existência como não-permanente é um dos primeiros movimentos para não tornar a (sobre)vida um objeto de idolatria. Nestes termos, cabe ao profissional que cuida de um enfermo em pleno processo de morrer, o respeito por este momento elegíaco, acolhendo-o em sua mais recôndita disposição, sem julgá-lo - ainda que a opção seja pela *boa morte*, a eutanásia - e tampouco tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. É mister admitir que a vida de um homem submetido à excruciante padecimento não deixa de ser um bem, *sagrado* - pondo-se de lado os dogmatismos espúrios -, pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de por um fim à sua consternação. Com efeito, admitir, em meio a um suplício incurável - e intratável -, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o enfermo atribui alto valor à sua própria vida, não desejando permitir, por conseguinte, que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim.⁵⁶ Morrer, neste caso pode significar uma plena manifestação de estima pela própria existência; possibilitar o ocaso, compassivamente, em respeito à autonomia do moribundo - afinal, sua decisão será sempre a última fronteira -, configura-se como legítima atitude moral, inquestionável possibilidade de libertação.

Ponderações Finais

Esta breve reflexão acerca da finitude e do sofrimento permitiu que se pudesse vislumbrar a eutanásia como possibilidade de alívio para uma existência miserável e sem sentido, desde a perspectiva de seu titular. Nesta circunstância, a bioética da proteção entra em cena enquanto horizonte capaz de permitir o amparo daquele que padece, garantindo sua autonomia, no sentido de tornar fato a disposição de fenecer em paz e sem dor - caracterizando uma *boa morte* - o que pressupõe uma ação imbuída por verdadeira *compaixão* - acolhida incondicional, cuja melhor metáfora é o *oceano*.

Tal abordagem - integrar a compaixão aos demais fios que compõem o grande tecido da *boa morte* -, consiste em mais uma tentativa de colocar a eutanásia no seu lugar originário: um ato de fraternidade para com aquele que morre em meio a agudos tormentos, facultando o esvaecer do martírio, a partir de um passo em direção ao imponderável, como prenunciado no belo escrito de Johann Wolfgang Goethe:⁵⁷

“Que a vida humana é apenas um sonho outros já disseram, mas também a mim esta idéia persegue por toda a parte. Quando penso nos limites que circunscrevem as ativas e investigativas faculdades humanas; quando vejo que esgotamos todas as nossas forças em satisfazer nossas necessidades, que apenas tendem a prolongar uma existência miserável; quando constato que a tranqüilidade a respeito de certas questões não passa de uma resignação sonhadora, como se a gente tivesse pintado as paredes entre as quais jazemos presos com feições coloridas e perspectivas risonhas - tudo isto, Guilherme, me deixa mudo. Meto-me dentro de mim mesmo e acho aí um mundo! Mas antes em pressentimentos e obscuros desejos que em realidade e ações vivas. E então tudo paira a minha volta, sorrio e sigo a sonhar, penetrando adiante no universo.”

Proteger o homem que está morrendo, conduzindo-o à fonte do esquecimento, *Léthe*, receptáculo de todos os sonhos ... Fecham-se os olhos, rompem-se os grilhões - o mergulho no infinito, genuíno ato de compaixão ...

Referências

1. Laín Entralgo P. História universal de la medicina. Barcelona: Salvat; 1972.
2. Siqueira-Batista R. Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
3. Hippocrates. Ancient medicine. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
4. Callahan D. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. L'Arco di Giano: Riv Med Human. 1994;4:75-86.
5. Callahan D. The goals of medicine. Setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996;(Suppl).

6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(3):855-65.
7. Schramm FR. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a saúde pública. *Anais do 5o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 1997; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
8. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):17-20.
9. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das UTIs contemporâneas. *Anais do 1o Congresso de Bioética do Estado do Rio de Janeiro*; 2003; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
10. Dastur F. A morte: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
11. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
12. Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
13. Homero. Iliade. Paris: Belles Lettres; 1994.
14. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
15. Camus A. Le mythe de Sisyphe. In: *Essais*. Paris: Gallimard; 1965.
16. Cioran EM. Silogismos da amargura. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.
17. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
18. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
19. Spinoza B. *Ethic*. Paris: Gallimard; 1954.
20. Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. Rio de Janeiro: Contraponto; 2001.
21. Campbell J. Temas mitológicos na arte e na literatura criativa. In: Campbell J. *Mitos, sonhos e religião*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2001.
22. Eliade M. Mito e realidade. 5a ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
23. Reale G. História da filosofia antiga: das origens a Sócrates. 3a ed. São Paulo: Loyola; 1999. vol. 1.
24. Santo Agostinho. *Confissões*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
25. Wilde O. O retrato de Dorian Gray. São Paulo: Abril Cultural; 1981.
26. Freud S. Nossa atitude para com a morte. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. vol. 14.
27. Schramm FR, Floriani CA. Bioética em cuidados paliativos. No prelo 2004.
28. Longo DL. Abordagem do paciente com câncer. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison medicina interna*. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill; 2002.
29. Bird B. Conversando com o paciente. São Paulo: Manole; 1978.
30. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
31. Pessini L. Distanásia. Até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo; 2001.
32. Morache G. Naissance et mort. Étude de socio-biologie et de médecine legale. Paris: Felix Alcan; 1904.
33. Kierkegaard S. O desespero humano. São Paulo: Martin Claret; 2002.
34. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas*. 2001;6(11):43-54.
35. Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética*. 1999;7(1):41-8.
36. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):4.
37. Campbell CS, Hare J, Matthews P. Conflicts of conscience: hospice and assisted suicide. *Hastings Cent Rep*. 1995;25(3):36-43.
38. Kottow M. *Introducción a la bioética*. Santiago: Universitaria; 1995.
39. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):949-56.
40. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):986-94.
41. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *Primeira Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*; 2004; Rio de Janeiro, Brasil. No prelo 2004.
42. Callahan D. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster; 1990.
43. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Porto Alegre: Abril; 1973.

44. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1960.
45. Smith A. Teoria dos sentimentos morais. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
46. São Tomás de Aquino. Suma teológica. São Paulo: Faculdade de Filosofia Sedes Sapientiae; 1944-1961.
47. Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
48. Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
49. Brandon D. Ajuda pelo zen-budismo. São Paulo: Pensamento; 1976.
50. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela Terra. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
51. Leloup J-Y. A montanha no oceano: meditação e compaixão no budismo e no cristianismo. Petrópolis: Vozes; 2002.
52. Boff L. Princípio da compaixão e cuidado. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
53. Dalai Lama. O Caminho da tranquilidade. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
54. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
55. Gyatso GK. Compaixão universal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
56. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública. No prelo 2004.
57. Goethe JW. Os sofrimentos de Werther. Porto Alegre: L&PM; 2001.