

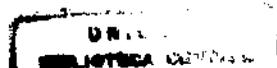
MARIA CRISTINA VON ZUBEN DE ARRUDA CAMARGO

**A VIDA, O CORPO E A MORTE COMO OBJETOS DE
APROPRIAÇÃO DA MEDICINA.**

Este exemplar corresponde à redação final da <u>Tese</u> defendida por <u>Maria Cristina Von Z. R. Camargo</u> e aprovada pela Comissão Julgadora. Data <u>01, 7, 98</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u> Orientador(a)
--

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

1998



**A VIDA, O CORPO E A MORTE COMO OBJETOS DE
APROPRIAÇÃO DA MEDICINA.**

Maria Cristina von Zuben de Arruda Camargo

**Este exemplar corresponde à
redação final da Tese defendida
por Maria Cristina von Zuben de
Arruda Camargo e aprovada pela
Comissão Julgadora.**

01/07/1998

Prof. Dr. Newton Aquiles von Zuben

**Tese apresentada como exigência
parcial para obtenção do Título de
DOUTOR em EDUCAÇÃO na Área de
Concentração Filosofia e História
da Educação à Comissão Julgadora
de Faculdade de Educação da
Universidade Estadual de
Campinas, sob a orientação do Prof.
Dr. Newton Aquiles von Zuben.**

COMISSÃO JULGADORA

Amintur Zil

Mauro

Z. Moura

Roberto Costa

J. Moura

AGRADECIMENTOS

Aos

meus alunos que me ensinaram a ensinar;

Prof. Dr. Newton Aquiles von Zuben que me ajudou nessa caminhada quase poética pela Bioética;

Prof. Dr. Paulo Roberto de Sousa, companheiro de uma luta democrática e incentivador dessa tese;

Prof. Dr. Marco Segre pelo muito que me ensinou, e por sonharmos o mesmo sonho de liberdade, autonomia e respeito para todos;

Prof^a. Dr^a. Glória Maria Braga Potério, interlocutora permanente na busca do ensino médico humanizado;

Prof. Alquerme Valvasori que, generosamente, tantas vezes nos acolheu;

Prof. Dr. Ricardo Molina de Figueiredo que, na Chefia do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, viabilizou essa tese;

funcionários do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, especialmente, ao José Reinaldo Braga e à Dona Arlete Maria Francisco(in memorian);

Prof. Dr. Mohamed Habib por nos acolher em momentos de angústia e nos revelar um amor ímpar pela docência e pela Universidade.

DEDICATÓRIA

Aos

minhas avós Balduina e Maria que me ensinaram a fé;

minha mãe Teresinha que me permitiu crescer com autonomia e liberdade, sem discriminação de gênero e com muito orgulho de ser mulher;

meu pai Oswaldo que me ensinou a adoecer e morrer com dignidade;

Luiz Antonio, meu marido, amigo e parceiro em uma relação de absoluto respeito;

Marina, Susana e Diogo, meus filhos, com os quais aprendi a amar incondicionalmente;

Mariângela, irmã, amiga, companheira, cúmplice;

meus irmãos Ronoel e Oswaldo com os quais, dividindo o tempo, o espaço, o afeto, pude entender a diversidade, a pluralidade, a justiça;

Doutores Nelson de Freitas Leitão, Roberto Silveira Pinto de Moura, Roque José Balbo e Sigisfredo Luiz Brenelli, médicos. Pessoas capazes de auscultar além das dimensões do corpo anatômico.

SUMÁRIO

- RESUMO	10
- APRESENTAÇÃO	15

CAPÍTULO I

A Pessoa Liberta	33
1. Libertar a Vida	38
1.1 - Vida Biológica	43
1.2 - Valoração da Vida	45

1.3 - A Dessacralização da Vida	57
2. Libertar o Corpo	66
2.1 - Sacralidade do Corpo	70
2.2 - Dualidade: Corpo x Alma	71
2.3 - Corporeidade	75
3. Libertar a Morte	77
3.1 - Cultura e Morte	79
3.2 - A morte na Atualidade	89
3.3 - Existência Humana e a Morte	95

CAPÍTULO II

Bioética o “A Priori” da Medicina	105
--	------------

1. Ensino e Prática Médicos	111
1.1 - A Medicina Hoje	116
1.2 - O <i>Ser do</i> Ensino Médico	120
1.3 - O Ensino da Ética Médica	130
2. O Horizonte da Bioética	145
2.1 - A Presença da Pessoa no Ensino Médico	160
2.2 - Pessoa e Prática Médica	168
2.3 - Uma proposta de ensino	179
- CONCLUSÃO	187
- BIBLIOGRAFIA	191

RESUMO

O homem da Medicina, seja o médico, o estudante ou o doente, é apenas um corpo biológico, um organismo vivo, determinado e sujeito às leis da física, da química, do ambiente físico em que vive. Respira, se alimenta, se reproduz, recebe e transmite uma herança genética. Esse corpo-máquina, no caso do médico, é sujeito aos sistemas de saúde presentes na maioria dos países, elaborados freqüentemente por tecnocratas, sem qualquer participação do médico, cabendo a ele apenas o trabalho especializado mecânico e repetitivo. Quando se trata do enfermo, é submetido a medidas intervencionistas, muitas vezes dolorosas, sem ser consultado. A ambos é negada a oportunidade de escolher livremente seu caminho. São apenas corpos anatômicos. Não são pessoas.

Os grandes pesquisadores do final deste século não temem infundadamente sobre o futuro moral da ciência e, essa situação de "risco" é agravada quando se trata da existência humana em uma região geográfica de extrema pobreza. Transcender esta realidade é tarefa árdua, porém viável; trata-se de exercitar o movimento de libertar-se.

A liberdade é ponto de partida e de chegada, onde se alicerçam as relações entre as pessoas. Ela só é possível baseada na reciprocidade, na responsabilidade, no compromisso, ou seja, no outro. A pessoa só é liberta no coletivo

onde o outro não é o limite, mas é condição de liberdade.

A vida humana é composta de uma dimensão biológica que interage com outras dimensões, trazendo-lhe a característica única de se expandir em múltiplas expressões e possuir horizontes ilimitados de possibilidades. Mas, acima de tudo, trata-se da vida de um *ser pessoal*. Através do homem como pessoa, é que se compreende o valor e o significado de sua vida. Esse é um modo singular e irrepetível de vida (ainda que biológica), o que faz com que nenhum ser humano possa estar submetido ou em função de outros. Cada pessoa é dona de sua própria vida, incluindo, evidentemente, a vida biológica, e é chamada a administrá-la com liberdade. A coletividade, enquanto tal, tem a função de assegurar a cada pessoa os bens necessários para desenvolver todas as suas potencialidades.

A justificativa do valor ético da vida humana é de signo apriorístico. A dimensão ética do viver surge mediante o reconhecimento respeitoso do que existe. O reconhecimento do outro e o reconhecimento de si mesmo fazem passar a vida humana do valor pré-moral para o valor ético. O fato de que o viver humano não resulta indiferente, introduz a vida humana, no sistema de preferências básicas que configuram o universo da ética.

A Medicina, às vésperas do terceiro milênio, começa a se dar conta da importância da qualidade da vida, questionando sua sacralidade, dimensão divina e apropriação social.

Um caráter peculiar à condição humana é a corporalidade que abrange a totalidade do homem, tanto na relação consigo mesmo quanto no seu relacionamento com os outros. Ela coloca-se basicamente porque o homem

não pode pensar sem ser, nem ser sem seu corpo, através do qual ele se expõe a si próprio e ao mundo.

As concepções da sociedade a respeito da vida e, conseqüentemente, do corpo, mantêm estreita relação com a visão de morte, exercendo papel determinante na aceitação pelo indivíduo da sua própria morte e dos seus entes queridos.

Aqueles que a avistam como possibilidade existencial, não acham que ela seja um acontecimento particular, situável no início ou no término de um ciclo próprio dos seres vivos. Mas, presente na vida humana de modo a dotá-la de características fundamentais.

As conseqüências da concepção mecanicista do homem e tecnicista da Medicina atingiram indistintamente os alunos das escolas médicas, os médicos e os enfermos por eles atendidos, tornando a todos, vítimas do modelo mecanicista de saúde.

Os problemas morais da biomedicina vêm sendo orientados, desde a muito tempo, pela moral religiosa e códigos deontológicos. Apesar dos aspectos positivos que estas abordagens possam, eventualmente, ter oferecido, a Bioética se configura pela desconfessionalização da ética, ao mesmo tempo em que a liberta dos grilhões dos códigos deontológicos.

A escola médica, que trabalha diretamente a questão da vida, do corpo, da morte, da dor e sofrimento humanos deveria manter, com a estrutura social, uma relação crítica, histórica e política, como o faz o próprio

homem.

A tentativa de divorciar a saúde e a doença da realidade social é a negação de que o ato médico possa se converter em uma ação educativa, do qual o doente sairá fortalecido não apenas do ponto de vista biológico, mas preparado para o exercício do cuidado consigo e com os outros e para a livre disposição de seu corpo.

Será inexequível um projeto de atenção médica que desconsidere o ser humano enquanto pessoa e, se o aluno do curso médico não for tratado como pessoa.

O conteúdo programático de um curso de Bioética deverá fundar-se num novo paradigma biomédico: centrar-se no bem-estar, na saúde e no uso criterioso de tecnologias, abandonando o modelo ilusório, quixotesco, da “cura sempre e a qualquer preço, ainda que a revelia do doente”. Preferencialmente será compacto e contemplará tópicos essenciais que componham a base do conhecimento de Bioética e temas de interesse profissional específico.

O docente de Bioética, além de transmitir conhecimentos de Bioética de forma sistematizada, esclarecerá médicos e estudantes de Medicina sobre: a abrangência da questão da ética da vida; os direitos e deveres decorrentes da cidadania que iguala médicos e doentes; o enriquecimento do viver humano a partir da pluriversalidade; a ideologia presente nas posturas deontológicas maniqueístas; a característica de pluralidade do ser humano e, conseqüentemente, da moral por ele gerada.

O docente de Bioética, debaterá com

alunos e profissionais situações próprias do existir humano e para as quais o homem não quer e não pode ter soluções unânimes, levando o aluno à aquisição e introjeção de conceitos morais, secularizados e pluriversalizados sobre a vida humana e, conseqüentemente sobre a morte, além de vivenciar com os alunos um relacionamento humanizado cuja experiência deverá ser transferida para seu relacionamento com o outro, especialmente com os doentes.

APRESENTAÇÃO

“Mon général, l’homme est tres utile!

Il sait voler, il sait tuer.

Mais il a un défaut:

il sait Penser”.

Bertolt Brecht

Poderia causar espanto uma tese que, tratando da questão do corpo, da vida e da morte, trouxesse a liberdade como abordagem complementar, mas permanente.

O homem durante sua trajetória sobre o planeta, muitas vezes se viu acorrentado, agrilhado pelos motivos os mais diversos e torpes. Uma vez consciente dessa

realidade, constatando-se submetido, reconhecendo-se limitado, fosse pelo motivo que fosse, o homem sempre lutou com idéias e canhões em busca da liberdade — pátria sonhada de todos os humanos.

A dominação da ciência e a apropriação do homem — sua vida, seu corpo e sua morte — pela Medicina científico-tecnológica, ocorreram de forma tão sutil que só agora, após quase um século de dominação, o homem se dá conta desse tipo de amarra. E nega-se a ser objeto de estudo, retomando seu status de pessoa, não mais abrindo mão de sua **vontade**, o que aliás, é uma das características humanas e, portanto, não pode ser negligenciada. Ao homem não é permitido abrir mão da sua vontade sem comprometer sua humanidade.

Mas, até a vontade humana pode ser medicalizada. Esta é muitas vezes a conduta indicada por aqueles que crêem que *a vida está acima de qualquer vontade*; que o enfermo *não sabe o que está escolhendo*; que *a ninguém é dado o direito de escolher em detrimento próprio*, enfim, uma série de artefatos morais, jurídicos e sociais que se prestam apenas ao cumprimento da vontade ... do médico.

O médico é peça fundamental do aparelho repressor dessa ciência médica autocrática uma vez que ele é o agente e gerenciador, o engenheiro e o executor dessa Medicina. É ele que, obedecendo protocolos rígidos que têm por objetivo *uniformizar os atendimentos a pessoas supostamente idênticas*, portadoras de *doenças iguais*, medicaliza o indivíduo para dormir, ficar acordado, não perceber que está morrendo, suportar a tortura ou o luto. O compromisso firmado com o cumprimento do protocolo, com o diagnóstico, com o método, com os grupos hegemônicos, com tudo enfim, menos com o ser humano, lhe permite, inclusive, internar em hospital psiquiátrico a filha de ex-presidente que revela o que o “povo não

deve saber”.

A Medicina, que nos primórdios da humanidade nasceu com a finalidade precípua de aliviar a dor e o sofrimento, portanto *tratar*, viu no *diagnóstico* a possibilidade de cientificar-se e não mediu esforços no sentido de privilegiá-lo, em detrimento até mesmo da cura.

Curar o enfermo, aliviar-lhe as dores, só se transformam em atividades médicas louváveis, quando, após incontáveis exames realizados muitas vezes sob sofrimento, conhece-se exatamente a etiologia daquele mal e sua evolução. Qualquer procedimento anterior pode “ *mascarar o quadro e comprometer o diagnóstico*” o que é, para a ciência médica, uma falta grave.

Sem dúvida, atuar sobre a causa da doença é fundamental para a cura e esta não é a questão aqui levantada. Trata-se de apontar para uma Medicina que abandonou o “*sedare dolorem divinus est*” que norteou sua atuação desde o seu nascimento até o processo de cientificação que a faz ver-se respeitada apenas quando diagnosticando e curando, não mais **cuidando** da pessoa doente, aliviando-lhe a dor e o sofrimento.

E o homem não sabe mais tratar-se. As campanhas depreciativas em torno da medicação doméstica foram eficientes e mostraram uma Medicina sábia e competente que desacreditava as causas sociais das doenças e os tratamentos familiares.

Mas, o homem-máquina, objeto de estudo, sujeito às aspirações da ciência, inicia um processo de

libertação. Quer tornar-se homem-pessoa, sujeito de seu tratamento e cura, senhor de sua vida, de seu corpo e, portanto, de sua morte, aspira a *ascrição*, isto é, a extensão da dignidade para além dos determinantes biológicos⁽¹⁾.

Histórica e cultural, a pessoa cria seu espaço moral e decide autonomamente sobre si mesma. “Na prática médica atual estão emergindo valores que se traduzirão em considerações éticas e em ordens jurídicas: a autonomia do doente, o respeito à sua liberdade, os direitos do paciente (direito a negar-se ao tratamento, indenização por assistência médica deficiente, direito do enfermo sobre sua história clínica). Diante da crescente desumanização da Medicina surgem a aspiração visceral e a busca racional por uma prática médica a serviço do homem”⁽²⁾.

O modelo biomédico assumido pela Medicina desde o início o século e ativo até hoje, que mantém uma visão cartesiana de mundo e, conseqüentemente, uma abordagem mecanicista do homem, é o que se coloca em questão neste Trabalho, que traz como proposta, uma revisão desses conceitos à luz da Bioética.

O Primeiro Capítulo trata do homem, sua vida, corpo e morte que, uma vez apropriados pela Medicina, receberam dela o conceito de objetos de estudo, diagnóstico e tratamento, distanciados da visão de **pessoa** (autônoma,

(1) LEPARGNEUR, H. A dignidade humana, fundamento da Bioética e seu impacto para a eutanásia. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.

(2) GARCÍA, M.V. Bioética - estudos de Bioética racional. Madrid, Espanha, 1989. p.18.

racional, livre e plena de vontade). Traz uma abordagem da vida humana com suas características biológicas e seu valor moral, propondo uma visão pluralista e secularizada, portanto, mais ampla e racional.

Prática e ensino médicos estão aqui colocados desde o nascimento da Medicina científica — início do século, a partir do Relatório Flexner —, suas principais propostas, características científicas e desvinculação ético-moral; o caráter ideológico e o compromisso firmado entre o capital monopolista e a Medicina.

A Medicina de hoje traz as conseqüências da opção pela ciência, em detrimento do que poder-se-ia chamar de humanidades, as quais trariam para os centros cirúrgicos, para as enfermarias, para as unidades de terapia intensiva, para os consultórios e ambulatórios, não doenças mas doentes, não indivíduos mas pessoas.

O conceito de pessoa já significou substância, relação consigo mesmo (consciência) e heterorelação (relação com o mundo). Etimologicamente, o termo, pessoa, surge significando máscara, papel, função social do indivíduo. Hoje esses conceitos se integram mostrando a pessoa como um ser totalizado, participativo no seu universo social, dotado de razão e vontade livres.

A vida humana, apesar das suas características de fragilidade biológica, ganha potência e se mantém graças às possibilidades de superamento criadas pela razão.

A vida, enquanto objeto sagrado a ser

preservado em qualquer circunstância, passa a ser questionada, relativizada, em função do critério de **qualidade da vida**. Já não basta viver, é necessário viver bem. E o bem torna-se algo a ser conquistado e garantido nesta vida, não mais uma promessa celeste feita àqueles que se submeterem aos sofrimentos terrenos.

O processo de laicização do viver e, obviamente do morrer, traz em seu bojo a questão da eutanásia, da distanásia e do diagnóstico de morte para transplante de órgãos e tecidos. Mas, o que se observa hoje de maneira evidente, é o desamparo ético em que se encontram os profissionais de saúde.

Esse desamparo tem suas raízes após a Segunda Guerra Mundial, no impacto causado sobre a cultura e sobretudo sobre o sistema de valores pela visão de ciência gerada nesse período, segundo a qual, a ciência ocupa-se do que se passa no mundo e não tem intenção nem meios de propor ou defender este ou aquele sistema de valores. Já a tecnologia, como forma de ação, coloca-se no mundo com fatos novos. Nesta visão há uma completa independência entre a ordem dos fatos e a ordem dos valores, a ciência só fornece à cultura elementos de ordem cognitiva e a tecnologia só introduz novas formas de saber fazer (meios).

No entanto, é inegável que as práticas científicas e tecnológicas afetam a cultura, sobretudo o sistema de valores. Assim, na ordem do conhecimento, a prática científica induz a uma valorização do conhecimento objetivo, capaz de fixar seus objetivos e justificar os procedimentos que

utiliza. Nesse contexto, o que é científica e tecnicamente possível, pode ser executado⁽³⁾.

É na ordem das ações que a ciência tem vínculos com a prática tecnológica e coloca em questão não o efeito do conhecimento, mas o efeito da transformação. O ideal é tornar possível produzir as transformações almejadas, substituindo os processos *sofridos* por processos *dirigidos* podendo controlar o curso da ação seja sobre sistemas físicos, biológicos, fenômenos psíquicos ou relações sociais.

Sem dúvida, a tecno-ciência fornece conhecimentos precisos e amplos sobre os sistemas naturais e artificiais, indicando formas de ação sobre os mesmos. No entanto, no seu desenvolvimento, o complexo tecno-científico foi se distanciando do homem, trazendo perturbações culturais, especialmente no que diz respeito aos valores éticos.

O predomínio do sistema científico-tecnológico sobre os sistemas naturais, vem trazendo, como conseqüência, ações intervencionistas. Assim a ciência e a tecnologia determinam o surgimento de novos problemas que suscitam novos valores, criando a necessidade de um posicionamento ético para que as intervenções ocorram com pertinência e juízo ético, de forma que o impacto da ciência e da tecnologia sobre a ética se traduza num fato positivo, numa oportunidade de reflexão de novos problemas e de novas soluções, que sejam forças motoras de autonomia para o homem.

(3) PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.

O universo científico-tecnológico é ameaçador apenas quando se constitui num fim em si mesmo e isso é o que vem ocorrendo no âmbito das investigações biomédicas e da atenção à saúde, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

Recentemente a comunidade científica surpreendeu toda a sociedade com a revelação da clonagem de animais que vinha sendo desenvolvida há anos, no silêncio dos laboratórios sem que houvesse abertura, informação, oportunidade de reflexões críticas quanto à eticidade de tal prática e seus limites.

Os profissionais de saúde são convocados pela ciência e pela tecnologia aos diagnósticos de morte encefálica e aos transplantes, que, na verdade, vêm trazendo mais tempo e melhor qualidade de vida a muitas pessoas. As religiões se calam ou sussurram algo que os médicos nem chegam a conhecer. A Bioética é a disciplina que se levanta diante desta situação, ponderando a pluralidade e a circunstancialidade do valor da vida, a autonomia do doente diante do que se constitui em BEM para ele, o exercício de sua VONTADE e a distribuição JUSTA dos procedimentos de cura ou de bem-estar.

Segundo CLOTET, a Bioética é a “expressão crítica do nosso interesse em usar convenientemente os poderes da Medicina para conseguir o atendimento eficaz dos problemas referentes à vida, saúde e morte do ser humano”⁽⁴⁾ ou como quer SERANI-MERLO “aquele saber — racionalmente

(4) CLOTET, J. Por que Bioética? Bioética, Vol. 1 N°. 1, Brasília CFM, 1993. pp.13-19.

justificável — que intenta aportar uma resposta satisfatória aos problemas éticos que surgem ao se enfrentar as soluções científico-técnicas dos problemas do homem no âmbito da investigação biomédica e da atenção à saúde”⁽⁵⁾.

Nessa tese, a questão do corpo é tratada, segundo as duas bases que vêm sustentando a atividade médica ou seja, o corpo como objeto sacralizado, privilegiado em relação à mente e, ao mesmo tempo, menosprezado em relação à alma.

O corpo dota o ser humano de temporalidade, espacialidade, opacidade e pluralidade, características da matéria, e é através dele que o homem se expressa, manifesta suas intenções, seus desejos, se comunica, e constrói a civilização. É encarnado, corporificado, que o homem se torna **pessoa**.

Assim como a vida foi sacralizada, sendo concebida como criação divina, também o corpo, pelo mesmo motivo, teve seu período de sacralização, quando as dissecações eram proibidas.

Com o mecanicismo, que estendeu suas teses reducionistas a vários campos da ciência como a Psicologia e a Medicina, reduzindo o homem a um fenômeno biológico e limitando a Biologia às leis físico-químicas, o corpo sagrado se transforma em objeto de estudo das ciências, em unidade físico-química. O ser humano, segundo essa concepção, *tem* corpo.

(5) SERANI-MERLO, A. O que é Bioética. Traduzido por Meira, A.R. Poucas palavras: Inf. da Associação Brasileira de Docentes de Ética Médica (ABRADEM), N.º 11, fev., 1993. p.03.

O tratamento bioético da questão do corpo, unificando-o e integrando-o ao conceito de pessoa, impregnado de dignidade e respeito, é a posição que parece libertá-lo de posturas mecanicistas ou sagradas. Na verdade, o que se testemunha é a passagem de uma ética heterônoma a uma ética autônoma. A autonomia “designa a independência da vontade em relação a todo desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a da razão”⁽⁶⁾. Ela se contrapõe à “heteronomia pela qual a vontade é determinada pelos objetos da faculdade de desejar”⁽⁷⁾.

A morte, na perspectiva cientificista assumida pela Medicina, vem sendo objeto de medicalização, de escolha e decisão médicas. É realizada neste Trabalho uma rápida recuperação da postura frente à morte em várias culturas, até o momento atual em que ela se transforma num ícone de derrota, passando a ser escondida e ignorada.

É analisada a postura Bioética em relação à morte, vista como fenômeno integrante do existir humano.

O Capítulo II enfoca a Bioética de forma mais ampla dando ênfase à prática e ensino médicos, a realidade do médico, do estudante de Medicina e do enfermo, todos muito mais vitimizados pelo modelo tecno-científico do que beneficiados por ele.

(6) ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. Mestre Jou, São Paulo, 1982. p 93.

(7) ABBAGNANO, N. Op. Cit. p.93.

O ensino da ética, a reflexão sobre valores morais que, eventualmente, serviriam de balizamento à conduta médica são enfocados apenas deontologicamente por profissionais de Medicina sem preparo filosófico ou jurídico; é o que se pretende demonstrar com a análise dos resultados dos dois últimos levantamentos sobre o ensino da ética realizados em todas as escolas médicas do Brasil. Por deontologia (Deontos, do grego, significa *dever* — Logos, significa *estudo*) entende-se “o elenco das obrigações que o médico tem, porque assumiu, com o seu ‘mundo profissional’: o paciente, a família do paciente, a sociedade em geral, o colega, o Estado. A Deontologia, cabendo a conceituação para o exercício profissional dentro de qualquer uma das prestações de serviços de saúde, será uma questão de ‘dever ser’, e não de ‘ser’ ...”⁽⁸⁾.

A última parte do Trabalho se constitui em uma proposta efetiva de recuperação da **pessoa** na prática e no ensino médicos, tanto no que tange ao aluno, quanto ao enfermo. É uma proposta libertária, gerada durante treze anos de docência na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP quando, a vivência da realidade do estudante, mostra-o aprisionado às ideologias que o distanciam da sua própria verdade e da realidade do doente.

Presenciar a morte do mito da eficiência tecnológica com propostas de vida eterna; da Medicina sagrada, pactuada com os deuses e com a ciência, e que tudo cura, implica num sofrimento significativo para o estudante.

O adolescente que buscou a faculdade com a finalidade de salvar vidas crendo nas mesmas crenças que

(8) SEGRE, M.; COHEN C. (ORG.) Bioética. São Paulo: Edusp, 1995. p.27.

movem os enfermos, ambos (médicos e doentes) envolvidos pela mídia, pelas propagandas das empresas multinacionais promotoras de tecnologia de alta densidade, surpreende-se quando os “milagres” continuam acontecendo só na tevê e o aluno não tem espaço na escola nem para discutir esta questão, nem para recuperar as ambições humanitárias que o dirigiram para a Medicina.

O objetivo pedagógico de formar médicos *generalistas* operacionaliza-se, em todas as escolas médicas brasileiras, em uma série de departamentos constituídos por disciplinas de *especialidades*, ministradas por especialistas, numa carga horária que dispõe, para algumas dessas disciplinas como oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia e outras, cerca de dez dias letivos para serem ministradas. E os alunos, conformados, dizem que “*a graduação é apenas um pré-requisito para a residência-médica, quando, então, aprenderemos Medicina*”.

Mas, na verdade, não aprenderão. A residência é uma escola para especialistas, não forma médicos, informa e treina gastroenterologistas, infectologistas, pediatras, coloproctologistas, oncologistas, enfim, ocupa-se de uma parte do corpo humano (ortopedia, dermatologia, pneumologia), de um momento da vida humana (geriatria, pediatria), de uma patologia instalada no homem (oncologia, infectologia) ou do domínio de tecnologias específicas (radiologia, medicina intensiva, hemodinâmica, patologia clínica). A residência-médica não se ocupa apenas das especialidades mas também dos seus desdobramentos, das sub-especialidades como: oftalmologia especializada em retina, ortopedia especializada em joelho, ginecologia especializada em mama, cirurgia especializada em laparoscopia e outras, muitas outras que dividem e fracionam o corpo humano na busca da eficiência e eficácia.

Quem, então, se ocupará da pessoa

humana nos momentos cruciais da sua existência, quando a dor se instala ou quando o momento da morte se aproxima? Quem se preocupará com os estudantes que, certamente, reproduzirão este modelo, com todas as suas características de autoritarismo, nos atendimentos que fizerem em sua vida profissional e nas escolas médicas onde vierem a trabalhar?

Muitos anos de prática são necessários, muitos erros precisam ser cometidos, muita experiência vivencial do médico enquanto pessoa é fundamental para que ele possa ver a si e ao doente como pessoas, seres unos e indivisíveis, corporais, racionais e emocionais, num mesmo tempo absoluto, o tempo do existir.

O que se observa hoje, é que o espaço disponível para esse tipo de questionamento nas escolas médicas, é aquele aberto pela Disciplina de Bioética. No momento em que é feita a recuperação de valores como dignidade, respeito, autonomia, liberdade, a resposta dos estudantes é favorável e imediata. Essa experiência traz, para os docentes de Bioética, a responsabilidade de propor caminhos a serem percorridos pela própria Disciplina e pela escola como um todo, que conduzam os relacionamentos professor↔aluno, aluno↔aluno, médico↔doente, baseados no respeito, na autonomia, na justiça, na beneficência, na liberdade ... na pessoa.

A proposta desta Tese é a elaboração de um suporte teórico que contemple a vida, o corpo e a morte sob a ótica da dignidade humana individual e da dignidade profissional do médico. A partir desse referencial bioético elaborar uma proposta para as escolas médicas que permita, ao aluno de Medicina, uma visão nítida da vida, seus fenômenos e características de temporalidade, terminalidade; que aja como facilitador do aprendizado teórico-prático e da compreensão do conceito de saúde como prevê a Organização Mundial de Saúde — um estado de completo bem estar físico, moral e espiritual —

o que os levaria à opção pela qualidade de vida ⁽⁹⁾.

Pretende-se uma visão crítica dos conceitos de vida e seus integrantes (corpo e morte), da relação desses conceitos com a prática médica. Pretende-se ainda, a caracterização do ensino e da práxis médica, bem como, a identificação do conceito de homem que se encontra embutido no currículo, no conteúdo do ensino médico e explicitada no ato médico. A partir de reflexões, pretende-se uma proposta curricular alicerçada num conceito de homem e de vida humana que seja claro, definido, histórico e, ao qual, professores e alunos possam se reportar no seu dia a dia dos ambulatórios, das enfermarias, do centro cirúrgico, no lidar permanente com a corporeidade humana seus sofrimentos e prazeres, sua vida.

Por que a escolha do tema dessa tese?
Por que a preocupação com a vida, o corpo e a morte? Por que a questão da liberdade aqui presente?

Durante oito anos, no Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, convivi com os restos mortais de alguns desaparecidos políticos: as famigeradas "ossadas de Perus". Muitas reflexões contidas nesta tese — sobre a vida, o corpo e a morte — são resultantes do meu "encontro" quase diário com eles.

Que ocorreu com estas pessoas? Quais as circunstâncias de suas mortes? Que foi feito com

(9) LANDMANN, J. A outra face da Medicina. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

seus corpos, seus restos mortais? Quais os momentos em que a Medicina participa dessa realidade cruel?

É também sobre a questão do exercício do poder que trato nesta tese, mas não especificamente sobre a realidade da ditadura.

Conheci os porões da repressão, o DOI-CODI-SP, onde muitos tombaram seus corpos. A trágica integração de corpo e mente, quando o corpo é punido pelas idéias. Vi aqueles olhos extremamente azuis sob o capuz bege que, olhando fixamente para os meus olhos aterrorizados pelo interrogatório, dirigiu-se à sala ao lado onde uma jovem, que gritava sob tortura, subitamente se calara. Não vi o “olhos azuis” sair daquela sala e somente dois dias depois, quando meu isolamento foi relaxado, soube que aquele homem de olhos tão azuis era um médico. Dentro do DOI-CODI ele atendia os torturados colocava-os em condições para que falassem, para que a tortura continuasse. Jamais eu o reconheceria, só pude observar que seu corpo era jovem e seus olhos azuis. Creio que a Medicina também não o reconhece. Ela vem julgando com rigor os médicos legistas que nos atestados de óbito daqueles que morreram sob tortura, falsamente, atestaram suicídios, atropelamentos, troca de tiros com a polícia e outros.

Uma dessas pessoas, morta sob tortura no DOI-CODI-SP, sepultada clandestinamente e que teve duas versões para sua morte (suicídio e atropelamento) foi responsável pela sobrevivência de todos que lá se encontraram durante alguns meses que se seguiram à sua morte, uma vez que esta desencadeou protestos por parte de vários setores da sociedade, inclusive da Igreja

Católica Romana. Estou me referindo ao estudante da Universidade de São Paulo Alexandre Vannucchi Leme morto uma semana antes da minha prisão. A ele, meus companheiros de cárcere e eu devemos nossa relativa integridade física e o fato de nossos ossos não se encontrarem entre as “ossadas de Perus”.

A História julgará, como sempre fez, aqueles que oferecem seus corpos como objeto de luta na busca da liberdade e aqueles que manipulam corpos humanos ou restos mortais humanos como objeto de poder.

Quero apenas registrar, muito suave e palidamente, os rostos dos pais que vi em busca dos seus filhos para dar-lhes sepultura.

Às mães desses jovens não foi dada a mesma oportunidade que Pilatos permitiu a Maria: sepultar o filho rebelde que questionava os valores e as instituições de sua época.

Lembro-me de Stuart Angel e sua mãe que, como tantas outras, não pôde resgatar o corpo de seu filho.

*Este registro junta-**ME** à **SUA** memória e faz um **NÓS** necessário para que situações de aviltamento e indignidade não mais atinjam as pessoas nesse país.*

“Muitos caíram. Esta canção eu a compus para um deles, Stuart Angel,

morto em 1970, e prá sua mãe, Zuzu Angel, uma mulher brava e determinada, desaparecida também seis anos depois, num acidente de automóvel. Talvez num acidente provocado, desses que a repressão chama singelamente de Código 12".
— **Miltinho (MPB-4).**

ANGÉLICA

De: Miltinho e Chico Buarque.

*Quem é essa mulher
Que canta sempre esse estribilho?
Só queria embalar meu filho
Que mora na escuridão do mar.*

*Quem é essa mulher
Que canta sempre esse lamento?
Só queria lembrar o tormento
Que fez meu filho suspirar.*

*Quem é essa mulher
Que canta sempre o mesmo arranjo?
Só queria agasalhar meu anjo
E deixar seu corpo descansar.*

*Quem é essa mulher
Que canta como dobra um sino?
Queria cantar pro meu menino
Que ele já não pode mais cantar.*

CAPÍTULO I

A PESSOA LIBERTA

“Não é a consciência dos homens que determina seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência”.

Karl Marx

O homem é autor e sujeito do ato livre. A liberdade não o converte apenas num sujeito moral, responsável, ela vai além de uma função jurídica ou ética, é antropológica e ontológica. É através dela que o homem

realiza a si mesmo, constrói-se plenamente como pessoa, ser único, irrepetível, não clonável. Clones dizem respeito a cópias genéticas, biológicas, jamais a pessoas idênticas.

“Cada homem é um ser único, insubstituível, diferente de todos os outros homens. Deve ser respeitado, protegido desde o nascimento até a morte e para além da morte. Deve ser respeitado na sua totalidade, dentro da sua unidade de pessoa e também, em cada uma das células, cuja diversidade adicionada contribui para essa unidade. Nem essa pessoa, nem cada uma das células podem ser objeto de comércio”⁽¹⁰⁾.

Modernamente, vem-se verificando a venda ou o aluguel de órgãos isolados, de tecidos, sangue, útero e do corpo inteiro como objeto de pesquisa.

Em 1945, a França recusou a venda do sangue e este foi o primeiro passo na moralização da manipulação de humores, órgãos e tecidos humanos.

A proposta francesa baseava-se na doação, na gratuidade, na generosidade e não na compra do sangue. Essa postura difundiu-se por inúmeros países.

Hoje as sociedades se defrontam com o aluguel do útero, a venda de órgãos duplos, a ingestão de

(10) BERNARD, J. Da Biologia à ética: Bioética – os novos poderes da ciência; os novos deveres do homem. Campinas: Psy, 1994. p.251.

medicação experimental por seres humanos desesperados pela condição de empobrecimento em que se encontram.

“A concepção, a gestação, o nascimento, o desenvolvimento do sistema nervoso, a vida e a morte, tudo pertence à biotecnologia governada vigorosamente por poderosas sociedades multinacionais. A palavra banco, imprudentemente empregada desde 1960, alcança o seu sentido pleno. Bancos de esperma, bancos de óvulos, bancos de embriões organizam-se em numerosos países. A engenharia genética permite um largo desenvolvimento da eugenia orientada”⁽¹¹⁾.

Os grandes pesquisadores do final deste século não temem infundadamente sobre o futuro moral da ciência. Será que os bancos serão sucedidos pela bolsa? Só o despertar da consciência ética dos profissionais biomédicos permitirá a compreensão de que a antiga *proibição “não matarás”* deverá ser acrescido *“não alugaráis nem venderás o corpo humano”*.

Os fatos aqui relatados são, evidentemente, agravados quando se trata da existência humana em uma região geográfica de extrema pobreza. Transcender esta realidade é tarefa árdua, porém viável; trata-se de exercitar o movimento de libertar-se.

A liberdade é ponto de partida e de chegada, onde se alicerçam as relações entre as pessoas. Ela só é possível baseada na reciprocidade, na responsabilidade, no compromisso, ou seja, no outro.

(11) BERNARD, J. Op. Cit. p.249.

A pessoa só é liberta no coletivo onde o outro não é o limite, mas é condição de liberdade uma vez que “(...) estamos misturados no mundo e aos outros numa confusão inextrincável”⁽¹²⁾.

O discurso hermético, individualista e paternalista da Medicina resulta num processo de alienação, tanto do médico, quanto do doente.

O homem da Medicina, seja o médico, o estudante ou o doente, é apenas um corpo biológico, um organismo vivo, determinado e sujeito às leis da física, da química, do ambiente físico em que vive. Respira, se alimenta, se reproduz, recebe e transmite uma herança genética. Esse corpo-máquina, no caso do médico, é submetido, aos sistemas de saúde presentes na maioria dos países, elaborados freqüentemente por tecnocratas, sem qualquer participação do médico, cabendo a ele apenas o trabalho especializado mecânico e repetitivo⁽¹³⁾. Quando se trata do enfermo, é submetido a medidas intervencionistas, muitas vezes dolorosas, sem ser consultado. A ambos é negada a oportunidade de escolher livremente seu caminho. São apenas corpos anatômicos. Não são pessoas.

(12) MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Freitas Barros S.A., 1971. p.456.

(13) Sobre o sistema de saúde e a prática médica afirma o Prof. Dr. Duílio Crispim FARINA no Jornal do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), set/out, 1996. p.9: “Hoje o Hospital das Clínicas (USP) se transformou. Ainda é modelar, mas também obrigado a dar assistência médico-hospitalar-social para todos que o procuram. Continua a honrar as tradições, mas os médicos são esmagados pelo peso de uma assistência enorme, massificada. No HC vão ter todos os irmãos da Pátria estremecida”.

“Quando dizemos que um homem é uma pessoa queremos dizer que ele não é somente um pedaço de matéria, um elemento individual na natureza, quase como são elementos individuais na natureza um átomo, uma espiga de milho, uma mosca, um elefante. O homem é sim um animal e um indivíduo, mas não como qualquer outro. O homem é um indivíduo que se guia mediante a inteligência e a vontade; existe não apenas fisicamente, há um existir mais rico e mais elevado uma supra existência espiritual na consciência e no amor. É um todo, não uma parte, um universo em si, um microcosmo, que lhe é dado pela consciência (...)”⁽¹⁴⁾.

No exercício da Medicina a relação médico↔doente é mais do que veículo para obtenção de informações tanto para o médico como para o doente. É o momento do pacto na busca de melhor qualidade de vida para ambos: o doente frente à sua circunstância de saúde e o médico diante de sua realidade profissional. Quando esta relação se estrutura de forma autoritária, paternalista ou alienante; quando o doente não é suficiente e adequadamente informado da sua realidade; quando a vontade do enfermo não é cumprida ou não encontra espaço para sequer manifestar-se; quando a autonomia foi rompida e a responsabilidade sobre seu corpo, ou seja, a responsabilidade sobre si mesmo está entregue a outrem, não se trata mais de uma relação entre pessoas mas entre indivíduos. Desfez-se o laço de humanidade, o vínculo na busca do *bem* para ambos.

(14) SCHELER, M. *Le formalis me en éthique et l'éthique materiale des valeurs* —Essai pour fonder un personalisme éthique. Paris: Gallimard, 1955. p.243.

1. Libertar a Vida

“Não há senão um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena de ser vivida, é responder à questão fundamental da filosofia”.

A. Camus

A partir de Descartes o homem e o organismo vivo em geral, começam a ser comparados a uma máquina bem montada, porquê a hipótese mecânica era inspirada aos filósofos, exatamente pela crença de que os autômatos podem mover-se por si.

Essa visão de vida tenta reduzir o funcionamento dos organismos vivos a mecanismos

celulares e moleculares bem definidos. Ela é justificada em parte pelo fato dos organismos vivos agirem parcialmente como máquinas o que não significa no entanto que eles *sejam* máquinas. As ciências biomédicas concentraram-se, após Descartes, nas propriedades mecânicas da matéria viva⁽¹⁵⁾ e influenciaram juristas e legisladores.

Sob o ponto de vista legal, a vida e seu valor único está enraizada em nossa civilização e dessa forma é cultuada pelo Direito. Ao Estado, diz MIRABETE⁽¹⁶⁾, “incumbe a proteção do indivíduo, este é o ponto de partida de toda a tutela penal”⁽¹⁷⁾. A pessoa humana, “como centro do universo jurídico, constitui objeto de preponderante relevo na tutela que o Estado exerce através do Direito Penal”⁽¹⁸⁾.

(15) Essa abordagem da vida, da matéria viva, consiste em reduzir as leis psicológicas e sociológicas a leis biológicas e essas, a leis físico-químicas, de maneira a permitir pesquisas quantitativas. Os pressupostos mecânicos, mostram-se como uma reação aos quadros conceituais de pressupostos metafísicos ou teológicos e atendem à necessidade de grupos hegemônicos na Medicina de transformá-la em ciência, abandonando o conceito de arte e sacerdócio que imperou em sua prática desde a Medicina *primitiva*.

(16) O Prof. Dr. Júlio Fabbini MIRABETE é jurista atuante na área de Direito Penal. Ex-procurador de Justiça do Estado de São Paulo. Advogado, professor de Direito Penal e de Execução Penal. Possui vários livros publicados sobre esse tema, que servem de referência bibliográfica e texto didático na maioria da Faculdades de Direito brasileiras.

(17) MIRABETE, J.F. Manual de Direito Penal. São Paulo: Atlas, 1991. p.45.

(18) MARQUES, J.F. Tratado de Direito Penal, parte especial. São Paulo: Saraiva, 1961. p.53.

Tutela-se com o dispositivo penal “o mais importante bem jurídico, a vida humana, cuja proteção é um imperativo jurídico de ordem constitucional (art. 5º, caput, da Constituição Federal). Tem a vida a primazia entre os bens jurídicos, sendo indispensável à existência de todo direito individual”⁽¹⁹⁾.

Mas, que é vida humana? O que é ser humano? Prontamente poder-se-ia dizer que o ser humano é todo indivíduo da espécie humana (*homo sapiens*). O fato de pertencer ou não a uma determinada espécie se constitui numa afirmação científica, a partir de uma macro observação confirmada ou rejeitada por exames genéticos.

Essa abordagem biológica é que fundamenta a visão de ser humano proposta pelo Estado Brasileiro, retratada através do Direito que considera “... pessoa humana todo ser nascido de mulher ...”⁽²⁰⁾ e que a vida, “... bem indisponível ...”⁽²¹⁾, “... principia no início do parto, com o rompimento do saco amniótico ...”⁽²²⁾.

A questão do início da vida vem ocupando largo espaço nos congressos de Bioética nacionais e internacionais, posto que, os referenciais biológicos conflitam entre si e atrimam com conceitos religiosos.

(19) MIRABETE, J.F. Op. Cit. p.46.

(20) MIRABETE, J.F. OP. Cit. p.47.

(21) MIRABETE, J.F. OP. Cit. p.47.

(22) DELMANTO, C. Código penal comentado. 3ª ed. São Paulo: Renovar, 1991. p.200.

Na verdade, nem a Biologia, nem a Medicina e nenhum dos conceitos religiosos consegue, isoladamente, abranger a vida humana. Essa afirmativa é facilmente constatável quando se analisa o conceito de morte que está contido no conceito de vida e, ao mesmo tempo, o contém: as ciências, atualmente, definem a morte como a *perda da função encefálica*, a partir do que, pode-se proceder à retirada de órgãos para transplante. O homem está morto quando seu encéfalo (cérebro, bulbo e cerebelo) está morto. Com isso concordam as ciências e as religiões. Mesmo aquelas que não admitem a recepção de órgão para seus adeptos, aceitam, conceitualmente, a morte encefálica.

Pode-se então afirmar que o homem está vivo quando seu encéfalo está vivo? Não, as religiões e a ciência afirmam a existência de vida em embriões cujos encéfalos sequer estão formados ou nem existem. Claro está que há uma forma de vida celular mas, na morte encefálica há mais do que vida celular, há órgãos e sistemas vivos e perfeitamente funcionantes, ou não poderia haver transplante. No entanto, afirma-se o estabelecimento da morte apenas pelo encéfalo.

Quanto ao Direito no Estado Brasileiro, além de concordar com a situação anteriormente descrita, discrimina crime de homicídio do crime de abortamento segundo outro critério de vida: a morte de um feto antes do rompimento da bolsa amniótica é crime de abortamento mas, se já houve o rompimento da bolsa e portanto o início do parto, é crime de homicídio⁽²³⁾. O critério legal para que se proceda ao registro civil

(23) DELMANTO, C. Op. Cit. p.200, afirma que é sujeito passivo do homicídio: qualquer ser humano com vida, observando-se que a doutrina considera que a vida principia no início do parto, com o rompimento do saco amniótico. ... Antes do início do parto, o crime será de aborto.

de um recém nascido, para que ele adquira personalidade ou cidadania, são movimentos autônomos emitidos por ele e, principalmente a respiração: se houve ar nos pulmões houve vida e o recém nascido tem direito a um nome e ao registro de seu nascimento. Caso não tenha havido respiração este ser é um natimorto chamado pelo nome de sua mãe, isto é, "*natimorto de Dona Fulana de Tal*"⁽²⁴⁾, não tem pai.

Mas, o feto, muito antes do rompimento do saco amniótico ou de sua primeira respiração, tem encéfalo em perfeito estado de funcionamento, realiza movimentos autônomos, urina, ouve e realiza outras tantas atividades biológicas. No entanto, segundo a legislação brasileira, não há vida. O critério de ausência de vida (morte encefálica) não se aplica, em seu contraditório, à existência de vida (encéfalo presente e em atividade). Essas ambivalências legais ocorrem sob os auspícios de conceitos biológicos casuísticos. Com o conceito de morte encefálica resolve-se a questão dos transplantes e coloca-se o início da vida e o abortamento à mercê de conceitos religiosos ou biológicos que satisfarão necessidades imediatistas como, por exemplo, o transplante de órgãos e tecidos.

(24) CÓDIGO CIVIL: "Art. 4º A personalidade civil do homem começa do nascimento com vida ..." e MONTEIRO, W.B. Curso de direito civil. Saraiva, São Paulo: 1983. pp.58-59, esclarece sob o ponto de vista doutrinário: "Para que ocorra o nascimento, ponto de partida da personalidade, preciso será que a criança se separe completamente do ventre materno. Ainda não terá nascido enquanto a este permanecer ligado pelo cordão umbilical. ... Não basta, contudo, o simples fato do nascimento. É necessário ainda que o recém-nascido haja dado sinais inequívocos de vida, como vagidos e movimentos próprios. Também a respiração, evidenciada pela docimásia hidrostática de Galeno, constitui sinal concludente de que a criança nasceu com vida. ... Se a criança nasce morta, não chega a adquirir personalidade, não recebe nem transmite direitos. Se nasce com vida, ainda que efêmera, recobre-se de personalidade, adquire e transmite direitos.

1.1 - Vida Biológica

Que é a vida em geral e que é a vida humana em particular?

A primeira questão que se coloca é: em que consiste o ser vivente e não-vivente. A característica fundamental do vivente é ser capaz de uma atividade que parte dele e tende a aperfeiçoar-se no sujeito. Vida é, portanto, capacidade de ação imanente.

O salto qualitativo irreduzível do fenômeno vida é constituído da capacidade real de um *ser* instituir-se na causa e efeito da sua própria ação. Isto significa “ação imanente”. No primeiro grau de vida, que é vegetativa, esta ação imanente é a capacidade tríplice de nutrição, crescimento e reprodução.

Outra abordagem no tratamento de viventes e não viventes, diferenciada no grau de complexidade, é através do vitalismo que vê, no vivente, uma diferença qualitativa e substancial.

O vitalismo, ou a teoria do organicismo, afirma que o ser vivente é o processo bioquímico que regula e determina as partes e a função do organismo. O vivente na sua unidade sustentável e específica, pode ter seu organismo

considerado como um fantástico laboratório químico em miniatura. As reações que nele ocorrem podem ser complexíssimas e tudo tende a um objetivo final, a manutenção do indivíduo. Esse princípio unificador é a ânima do vivente.

Não se pode negar que no vivente há um processo físico-químico e que sua vontade interfere nesse processo, num substrato superior e paralelo à entidade chamada ânima: que é a vida vegetativa, sensitiva e interativa.

A dimensão biológica da vida humana é particularmente importante. A partir de uma leitura bioética da realidade biológica humana poder-se-a ver o homem de forma global, numa perspectiva de pessoa. Assim como outros fenômenos, a procriação humana, o nascimento e a morte do homem são processos biológicos dos quais participa todo o organismo atingindo esferas bioquímicas, neurológicas, endócrinas e outras. Mas, tais processos não são apenas biológicos, constituem-se em realidade interpessoal, a qual inclui afeto, liberdade, responsabilidade, comunhão de pessoas, fatos que se realizam no mesmo corpo biológico podendo se constituir até mesmo em causa e efeito de saúde ou doença, de vida ou morte.

A vida humana é composta de uma dimensão biológica que interage com outras dimensões, trazendo-lhe a característica única de se expandir em múltiplas expressões e possuir horizontes ilimitados de possibilidades. Mas, acima de tudo, trata-se da vida de um *ser pessoal*. Através do homem como pessoa, é que se compreende o valor e o significado de sua vida. Esse é um modo singular e irrepetível de vida (ainda que biológica), o que faz com que nenhum ser humano possa estar submetido ou em função de outros. Cada pessoa é dona de sua própria vida, incluindo, evidentemente, a vida biológica, e é chamada a administrá-la com liberdade. A coletividade, enquanto tal, tem a função de assegurar a cada

pessoa os bens necessários para desenvolver todas as suas potencialidades⁽²⁵⁾.

Aqueles que freqüentaram uma escola médica ouviram em algum momento: — “*Em Medicina, nem sempre nem nunca.*” O que se pretende mostrar aos alunos é que, até mesmo na Medicina biotecnológica de hoje, é impossível prever, determinar, definir as possibilidades de uma pessoa, os caminhos que ela percorrerá no seu processo de cura ou de morte.

1.2- Valoração da Vida

Na história evolutiva das idéias morais, pode-se encontrar justificativa à afirmação de que o respeito à vida humana é um dos eixos primários, em torno do qual se desenvolveu a consciência ética da humanidade.

(25) CORREIA, F.A. Alguns desafios atuais da Bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.

Dentro da tradição ocidental marcada pelo judaico-cristianismo, o imperativo “*não matarás*” expressa sintética e politicamente o valor da vida do homem. Ainda que em formulação negativa, o quinto preceito constitui uma expressão básica do ethos humano.

Apesar dessa consciência ética da humanidade, o homem não tem conseguido banir do seu horizonte a morte, enquanto realidade imposta e manipulada por ele mesmo. São patentes as agressões ao valor da vida humana: suicídios mais ou menos justificados, homicídios impostos por um ou outro motivo, mortes legais (desaparecimento, pena de morte, aborto, eutanásia, guerra, seqüestro, tortura).

O homem atual, ainda que o mais civilizado, não tem chegado à plena consciência em relação ao valor da vida humana.

A situação atual da consciência moral, frente ao valor da vida humana, denota uma notável ambigüidade. De um lado afirma o valor da vida, porém de outro lado, o direito à vida humana não é inviolável. Diversas causas podem ser consideradas na busca de uma explicação para essa situação. Porém, uma das principais causas é, por certo, a ambigüidade com que se tem apresentado o valor da vida humana.

A apresentação do valor ético da vida humana se realiza através dos canais tortuosos da ambigüidade.

Sinais de tal ambigüidade são as diferentes reações morais e até jurídicas⁽²⁶⁾ das mesmas pessoas ou sociedade ante o aborto e a pena de morte ou ante o homicídio de um agente da polícia e o homicídio de um guerrilheiro pela causa da liberdade.

A ambigüidade deve ser questionada mediante a coerência. Para abandonar a situação ambígua em que se encontra a valorização e a apresentação do valor da vida humana, faz-se necessária uma proposta coerente de uma ética da vida humana.

É o valor da vida humana que precisa ser exposto de modo fundamental e justificado na sua raiz. Nos tratados morais sobre a vida humana só há uma lacuna a esse respeito, abordadas as situações concretas de aborto, eutanásia, pena de morte etc. Falta um tratamento fundamental e geral do valor da vida humana enquanto tal.

Dois são os aspectos em que pode ser concretizada a moral tradicional sobre a vida humana: a afirmação geral do seu valor ético e as aplicações morais às situações concretas.

(26) O Código Penal Brasileiro, por exemplo, admite a figura do homicídio privilegiado (art.121,§ 1º) e, a doutrina prevê três hipóteses: a) o agente comete o homicídio impelido por *motivo de relevante* (importante, considerável, *digno de apreço*) valor social (atinente a *interesse coletivo*); b) impelido por motivo de relevante valor moral (relativo a *interesse particular*); c) sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a *injústa provocação da vítima* (injústa provocação + emoção violenta + reação em seguida). ... *Não fica afastado o privilégio, quando o agente, induzido por circunstâncias de fato, erroneamente supõe o motivo valor moral ou social, ou, ainda, a injústa provocação.* (GRIFOS DA AUTORA).

A moral tradicional enfatiza o valor da vida humana condenando os atos contrários a esse valor como o suicídio e o homicídio. As razões para a moral tradicional justificar o valor ético da vida humana podem ser agrupadas em três núcleos: **a)** a vida é um bem pessoal; **b)** a vida humana é um bem da comunidade e **c)** a vida humana é um “dom” recebido de Deus e a Ele pertence.

a) vida é um bem pessoal - tirar a vida própria ou tirar a vida de outro é ofender a caridade para consigo mesmo ou para com o próximo. Falando sobre suicídio, assinala SANTO TOMÁS: “todo ser se ama naturalmente a si mesmo, e a isto se deve que todo ser se conserve naturalmente na existência e resista, quando for capaz, para impedir sua destruição. Por tal motivo, quando alguém se dê à morte, ele está contrário às inclinações naturais e a caridade pela qual as pessoas devem amar a si mesmas”⁽²⁷⁾.

b) vida humana é um bem da comunidade - atentar contra a vida própria ou contra a vida de um semelhante supõe uma ofensa à Justiça. Reduzindo o argumento à realidade do suicídio, disse SANTO TOMÁS: “cada parte, enquanto tal, é algo do todo e o homem é uma parte qualquer da comunidade e, portanto, o todo que ele é pertence à comunidade, logo o indivíduo que se suicida, de fato, injúria a própria comunidade”⁽²⁸⁾.

(27) AQUINO, S.T. I, 75, 4 ad 2m.

(28) AQUINO, S.T. I, 29, 1 ad 5m.

c) vida humana é um “dom” recebido de Deus e que a Ele pertence. Dispor da vida humana própria ou usurpar a vida de alguém é de fato romper um direito que só a Deus pertence. A vida é um “dom” dado por Deus e sujeita à divina posse que mata e faz viver.

Para reflexão moral, esse raciocínio exige maior fundamento ao interpretar o preceito “não matarás” como expressão do direito de Deus sobre a vida humana. Por outro lado, a afirmação de que Deus é o dono da vida e o homem só um administrador, é uma verdade básica para a moral tradicional cristã. As três razões apontadas constituem o apoio de que se serve a moral tradicional para fundamentar o valor da vida humana. São núcleos junto aos quais aparecem conectadas razões de menor importância.

A doutrina tradicional, ainda que afirmando com tanta ênfase o valor da vida humana, admite numerosas exceções. O elenco dessas exceções vai se formando na história da moral, através de numerosas e variáveis distinções casuísticas.

Prescindindo de análise histórica, o casuismo de tais distinções, mostra, aqui, suas principais exceções: aborto indiretamente realizado, justificando sua licitude mediante o princípio do duplo efeito ou do voluntário indireto⁽²⁹⁾; suicídio do qual se faz uma casuística muito

(29) O princípio do duplo efeito ou do voluntário indireto significa que: uma determinada ação pode produzir dois efeitos. O primeiro é bom, legítimo, e o outro é indesejável mas inseparável do primeiro. A ação não deve ser nociva em si; o mal não deve ser meio para um fim bom e o bem deve ser sempre maior que o mal.

detalhada; morte do agressor supostamente em legítima defesa. Uma exceção mantida sem variações na história da moral tradicional, é a morte de um marginal decretada por uma autoridade pública, segundo ordem jurídica. A licitude da pena de morte é também uma constante na história da moral tradicional, assim como a morte do inimigo numa situação considerada de guerra justa.

Na doutrina tradicional aparecem as raízes históricas da ambigüidade moral, que justificam a sua permanência e a vivência moral de hoje, frente ao valor da vida humana.

A moral tradicional sobre o valor da vida humana se moveu dentro de um ambiente de excessiva sacralização, cuja argumentação tem contido fatores de ideologização. Nesse contexto podem ser constatados os seguintes aspectos da doutrina tradicional:

- a) o enquadramento de toda temática sobre a vida humana dentro do macro-sacral e do mítico. O preceito “*não matarás*” tem se constituído no horizonte para o discurso moral;
- b) o enquadramento sacral introduz, na moral da vida, formas lingüísticas e conceituais de caráter sacralizado. A dimensão moral se reveste de santidade;
- c) em algumas ocasiões há a introdução da categoria de inspiração divina para justificar ações humanas contrárias ao valor ético da vida: personagens bíblicos,

mártires cristãos, etc.;

- d) ao admitir na autoridade pública o direito de tirar a vida de um malfeitor, a moral tradicional interpreta esse direito como uma concessão de Deus ao poder humano.

O ambiente sacralizado em que a moral tradicional pensa a ética da vida humana, traz como consequência certa manipulação ideológica. De fato, a dimensão ética perdeu sua autonomia e cedeu suas próprias evidências em favor das referências religiosas.

O que chama atenção na moral tradicional sobre a inviolabilidade da vida humana é a confiança depositada na autoridade pública, concedendo ao poder público um amplo campo de intervenção sobre a vida dos indivíduos. Isto se coloca de forma manifesta, de modo expresso, na justificativa aberta e pouco condicionada da pena de morte. São aceitas formas de guerra chamadas “justas”, sem recorrer ao questionamento radical dessas exceções. Também é necessário sublinhar o apoio prestado à ordem estabelecida pela moral tradicional no plano geral do tema ético da vida humana. Enquanto é óbvia a condenação de toda morte desencadeada por ações subversivas, não se coloca em idêntico grau de questionamento, quando a morte é propiciada pela autoridade instituída.

Na doutrina tradicional sobre o valor ético da vida humana percebe-se um grau notável de incoerência lógica. Concretamente, pode-se observar o uso do princípio de duplo efeito ou do voluntário indireto levando a moral da vida a uma ética fascista e de exímio malabarismo farisaico.

A incoerência que se tem manifestado nas diversas posturas mantidas pela moral tradicional tanto em relação à vida como na formulação frente às questões concretas da vida humana, é um tópico que assinala atitudes diversas ante a vida não nascida ou rechaço diante do aborto e ante a vida nascida, na justificativa da pena de morte ou da guerra justa.

Na argumentação tradicional sobre a ética da vida humana se reconhece uma indigência de razões. O rechaço ao suicídio e ao homicídio, dá impressão de basear-se em uma petição de princípio, onde a argumentação da moral tradicional se move em um ambiente de excessivo formalismo e abstracionismo.

Detalhando o raciocínio moral tradicional observa-se que:

- a) Dizer que a vida é um bem em usufruto para rechaçar o suicídio, é o mesmo que ignorar a importância da vida e do suicídio, enquanto sintoma das condições do existir humano, negando momentos vivenciais em que o homem não consegue lidar com a sua condição de existência e crê na inviabilidade da vida e na dignidade da morte. Incapaz de lidar com as circunstâncias da vida o ser humano age sobre ela, único bem que lhe resta e sobre o qual pode decidir e agir com autonomia.

Uma aluna, quartanista da Faculdade de Medicina, relatou, num misto de pânico e espanto, que estava no Pronto Socorro quando chegou, trazida por seus vizinhos, uma senhora que havia ingerido formicida. A equipe de plantão imediata e eficientemente realizou todos

os procedimentos necessários, dos quais essa aluna participou dentro dos limites de sua formação acadêmica. Algum tempo depois, a senhora começava a recuperar a consciência, a falar, e apenas essa aluna se encontrava ao seu lado. Voltou-se então para a garota e disse: — Foi você quem cuidou de mim? A aluna cheia do mais saudável orgulho, só experimentado por pessoas envolvidas com a vida das outras, respondeu que sim, que fora ela a salvar-lhe a vida. A senhora então cuspiu-lhe no rosto uma mistura de formicida e saliva cujo cheiro a aluna não conseguia esquecer e disse-lhe: — Sabe o que você fez? Tenho quatro filhos e estamos todos passando fome. Não posso mais ver meus filhos chorarem de fome. Não consigo ajuda. Mas, se eu morrer eles serão cuidados, as pessoas têm pena dos órfãos. Por mais que eu trabalhe não consigo cuidar deles e as pessoas pensam que sou vagabunda. Não tem jeito.

São realidades dessa natureza, geradas e alimentadas no seio da sociedade, que roubam do homem sua autonomia e dignidade, só lhe restando seu corpo e sua vida, que descerram o véu de hipocrisia com o qual, essa mesma sociedade, recobre os atos de suicídio que ela não consegue enquadrar na categoria de *doença mental*.

- b) As razões que justificam a pena de morte, (caráter vingativo ou reparador etc.), denotam grande insensibilidade diante da vida humana enquanto tal. Na punição com a perda da vida está implícita uma valorização da vida uma vez que trata-se da “*pena máxima*” mas, contraditoriamente esta forma de pensar a vida (como elemento de barganha, como o

bem maior disponível à punição), desencadeia um retrocesso no processo de hominização. A vida, a morte e o corpo humanos retornam a estágios anteriores e inferiores de valoração.

- c) Basear a argumentação na distinção entre inocente e culpado é reforçar uma postura maniqueísta que nega a vasta amplitude da dimensão humana, além de aceitar a possibilidade de alguém ser juiz do bem e do mal, admitindo o absolutismo;

- d) Apoiar o valor da vida humana nos três pilares, bem pessoal, bem social e domínio de Deus, supõe o escapismo formalista. Na realidade o suicídio, o homicídio, o aborto, a eutanásia, a pena de morte etc. são realidades humanas tão ricas de significado que não podem ser esquematizadas de um modo tão simplista a não ser para encobrir a tragédia humana de haver criado um espaço vivencial que inviabiliza a vida de alguns seres humanos.

Uma rápida visão das condições da vida humana no mundo em geral e, particularmente, no Brasil, revela a debilidade do valor da vida. A par de tecnologias de alta densidade que conduzem o homem a Marte e à clonagem, contata-se a “previsão do Banco Mundial para o ano 2.000: 800 milhões de seres humanos ainda vivos e desnutridos; 150 milhões de nascimentos por ano no mundo, dos quais 15 milhões não chegaram ao fim de seu primeiro ano de vida. Obviamente a humanidade como um todo não considera que a

vida humana seja um absoluto a proteger racionalmente, custe o que custar⁽³⁰⁾.

É preciso reconhecer a dificuldade em formular razões para fundamentar o valor ético da vida humana. Por se tratar de um valor primário, é percebido mais com a intuição do que com a razão. No entanto, não se pode deixar de reconhecer a debilidade e a vulnerabilidade argumentativa da moral tradicional sobre o valor ético da vida humana.

A vida humana é o apoio fundamental e ao mesmo tempo o signo privilegiado dos valores éticos. Nesse sentido, viver é o fator pré-moral e ôntico como o são também a saúde, o lazer, o conhecimento, as técnicas, etc. Porém, a vida humana alcança um grau de valor ético, quando é objeto de livre realização ou desrealização do homem. No nível ôntico a vida se encontra em determinadas ocasiões dentro do jogo conflitivo com outros valores. É quando surgem os autênticos conflitos de valores. Tais conflitos serão resolvidos buscando o valor prevalente e, traduzindo-o em opção ética preferencial.

A justificativa do valor ético da vida humana é de signo apriorístico. A dimensão ética do viver surge mediante o reconhecimento respeitoso do que existe. O reconhecimento do outro e o reconhecimento de si mesmo fazem passar a vida humana do valor pré-moral para o valor ético. O fato de que o viver humano não resulta indiferente, introduz a vida humana, no sistema de preferências básicas que configuram o universo da ética.

(30) LEPARGNEUR, H. O doente, a doença e a morte. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1987. p.198.

O conteúdo do valor ético da vida humana abarca muito mais que um mero viver biológico. O viver, que é merecedor de preferência axiológica, é o que se estende desde a subsistência fática até a plena qualidade da vida humana. Daí o valor ético da vida dever ser entendido e formulado em termos de humanização. A exigência de humanizar o viver é núcleo do ethos da vida.

Uma opção global da ética da vida deverá destacar a importância de toda vida humana, formulando a exigência de totalização das potencialidades de viver. A preferência do viver é, ao mesmo tempo, uma afirmação da igualdade valorativa de todo ser humano.

A vida humana participa da conceituação de pessoa, não podendo ser reduzida a considerações parciais. Mais ainda, a ética da vida humana deve ser pensada de forma autônoma e secularizada, porque aí residem a peculiaridade e a força de suas afirmações à compreensão global da vida.

“A secularização não significa nem monopólio do Estado, nem monopólio dos médicos. Significa um quadro estrutural e mental em que o indivíduo, sujeito da saúde, é mais ou menos ajudado, preventiva e curativamente, nos seus problemas sanitários, cabendo-lhe sempre urgir um esforço pessoal de recomposição globalizante, de animação significativa da própria vitalidade e existência”⁽³¹⁾. Secularização é portanto pluralismo, amplo e largo espectro de possibilidades.

(31) LEPARGNEUR, H. Op. Cit. 1987. p.49.

“Velhas razões de viver perderam sua intensidade, enquanto novas razões que contribuirão para criar o futuro se esboçam”⁽³²⁾. Criar o futuro significa avançar no processo de hominização não apenas num enfoque de boa vontade mas num engajamento frente ao homem e sua realidade complexa e carente de valores que de fato sejam compatíveis com a vida.

1.3 - Dessacralização da Vida

O valor supremo e sagrado da vida é introduzido na nossa cultura juntamente com os valores judaico-cristãos. O Novo Testamento, além de várias citações condenando o ato de matar, inclui o mandamento “não matarás o próximo”. A atitude das religiões em geral é de que: “Deus é o supremo mestre da vida e da morte e nenhum ser humano pode usurpar esse direito. Ninguém pode, deliberadamente, terminar a vida, seja a própria, seja a de outros”⁽³³⁾. No entanto, há

(32) GABAUDE, J.M. Por uma Metafísica da Utopização e da Kairificação. Trad. Constança M. Cesar. Reflexão. Instituto de Filosofia e Teologia, Ano XV N.º 45, Campinas: PUCCamp, 1989. p.99.

(33) RABINOWITCH, I.M. Euthanasia. N. York: Mc Gill, 1950. p.43.

exceções. Os cristãos primitivos opunham-se à guerra e à toda forma de violência. No primeiro século, nenhum cristão poderia ser soldado, mas alguns soldados acabaram sendo batizados e continuaram no exército. Mais tarde, os cristãos puderam se inscrever nos exércitos, ou não ocorreriam as guerras santas. O cristianismo, a Igreja, inicialmente fundada no amor, acabou por ceder à morte e à violência contra seus fiéis, inclusive nas fogueiras da Inquisição. Estava autorizada a violação da vida, a morte pela pátria, como método de punição de criminosos e em legítima defesa. Apenas a eutanásia, instituída para aliviar o sofrimento, estava negada, afinal, acreditava-se que o sofrimento redimia os pecados e identificava o homem com o Cristo crucificado.

Pio XII, na sua "Alocução aos Médicos", em 1957, libera os médicos para a utilização de meios extraordinários de manutenção da vida e, num congresso de médicos católicos (anestesiologistas) realizado na Itália, reafirma a posição de que os narcóticos devem ser usados no sentido de aliviar a dor, ainda que venham a encurtar a vida do doente.

FLETCHER⁽³⁴⁾, pastor protestante, argumentando a favor da eutanásia diz que o sofrimento não tem finalidade, é desmoralizante e degradante; que a frase bíblica "abençoados os misericordiosos porque obterão misericórdia" é tão importante quanto a "não matarás" e que, a personalidade humana vale mais do que a vida.

Iniciava-se um processo honesto e objetivo de dessacralização da vida, de relativização de valores.

(34) FLETCHER, J. Ethics and Euthanasia. Am. J. of Nursing 73, 1973.

Equívoco grave comete a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé em sua recente “Declaração sobre a eutanásia” quando afirma que: “... assim como algumas pessoas, preferem falar de meios proporcionais e desproporcionais. De qualquer forma será possível fazer um julgamento correto (*sobre meios proporcionais ou desproporcionais de suporte de vida*) quanto aos meios, estudando o tipo de tratamento a ser usado, seu custo e a possibilidade de usá-lo. E comparando estes elementos com o resultado que pode ser esperado, levando em conta o estado da pessoa doente e seus recursos físicos e morais”⁽³⁵⁾. Equivoca-se quando parece ignorar todas as regiões pobres do planeta onde qualquer medida para salvar uma vida pode ser desproporcional em relação ao *custo* e aos *recursos físicos da pessoa doente*. Parece também se esquecer da multidão de aidéticos dos países pobres (cerca de um milhão no Brasil); que recurso médico não seria desproporcional quando usado com uma pessoa sem qualquer chance de sobrevivência, desprovida de *recursos físicos e morais* — condição determinada pela própria doença — quando crianças ainda morrem vítimas de desnutrição e pneumonias?

Há cerca de um ano, um aluno do curso médico dizia, em sala de aula: “os aidéticos que morram na primeira infecção até que tenhamos antibióticos para todas as crianças com pneumonia”. Longo debate foi feito com esse aluno sobre a impossibilidade de realizar desse tipo de escolha, o risco dela decorrente e o poder nela contido, de escolher, por exemplo, curar o branco antes do negro, acreditando que aquele tem maiores condições *físicas e morais* de vida. Enfim, de que a vida das pessoas estaria, mais do que nunca, nas mãos de um grupo privilegiado, os médicos, que estuda e decide sem o doente participe ou tome conhecimento, convertendo-se em um ser

(35) SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA DOCTRINA DA FÉ, Declaração sobre a eutanásia, 4: AAS 72. 1980. p.550.

coisificado, muito mais próximo dos nossos antepassados símios do que do conceito de pessoa.

Nesse processo de dessacralização da vida, vários equívocos dessa natureza ainda serão cometidos, especialmente por parte daqueles que, na verdade, crêem na sacralização da vida mas, se propõem a uma abordagem científica. Os próprios cientistas se encontram numa situação ambivalente: estão impregnados de uma cultura que vê a vida como “dom de Deus” e seu fim pertencendo exclusivamente a Ele, devendo seguir uma trajetória natural e, de outro lado, são pressionados pelos conhecimentos tecno-científicos que lhes afirma a possibilidade de uma vida melhor para alguns, desde que se assuma o momento do fim da vida como um diagnóstico.

A tecnologia dos transplantes, veio acelerar esse processo de laicização, uma vez que ela tornou necessário o estabelecimento do momento da morte para que os órgãos possam ser retirados. Quando a morte é definida como processo e determinado seu momento final, está obviamente conceituada a vida, a partir de critérios científicos e não mais religiosos, podendo o médico, definindo-a claramente, intervir, interrompendo batimentos cardíacos (até então símbolo de vida), na busca de recursos para uma melhor qualidade de vida de outra pessoa.

Os procedimentos tecnológicos trouxeram mudanças à comunidade científica mas ainda são insignificantes, não resultaram em mudanças culturais nem foram alicerçados em reflexões morais — nem sempre a verdade de um cirurgião para um enfermo é a mesma quando se trata de sua própria mãe.

A dessacralização do viver e, conseqüentemente do morrer, ainda causa momentos

intensos de contradições e dúvidas que podem ser observadas, por exemplo, no texto deste importante autor na área de ética médica, que embora um tanto longo é esclarecedor:

*“O reconhecimento de novos padrões para o diagnóstico da morte criou uma nova classe de **pacientes mortos**: aqueles que **perderam irreversivelmente as funções cerebrais integrativas e cognitivas, mas cujas células, tecidos, órgãos e sistemas, com o suporte de artefatos eletrônicos e mecânicos, permanecem vivos e funcionantes**. Embora esses potenciais doadores de órgãos sejam **declarados mortos**, eles de modo algum se assemelham a pacientes que morreram por parada cardio-respiratória. A temperatura do corpo é normal, e a cor da pele também, porque seus corações continuam bombeando sangue oxigenado. Embora a **vida desses pacientes** só se torne possível com assistência tecnológica, a mesma assistência tecnológica continua a ser dada a outros pacientes, nas mesmas condições mas cujos órgãos não são requisitados para transplante. A obtenção de órgãos para transplante faz com que **muitos pacientes sejam mantidos com vida, como se estivessem vivos**.*

*Cria-se assim uma situação dúbia. **Alguns pacientes têm a vida encurtada, e outros, a vida artificial prolongada** pelo mesmo motivo, que não lhes diz respeito: a doação de órgãos. Hoje em dia, noventa por cento das doações de órgãos são obtidos nos centros de tratamento intensivo. Médicos, enfermeiras, familiares, nem sempre estão preparados para interromper o bater do coração de um ser do qual cuidaram durante horas, dias, meses ou anos. Ainda mais que ao pronunciar o veredicto da morte cerebral eles não desconectam tudo e enviam o corpo à morgue. Ao contrário, continuam com*

*as medidas de sustentação para proteger e preservar órgãos e acompanham os índices fisiológicos e clínicos como diurese, hidratação e resguardo de infecções, como se ele continuasse vivo. Se o paciente tem uma parada cardíaca, tentamos inclusive **ressuscitá-lo**. Não é de admirar portanto que os ceteístas (novo termo usado para os que trabalham em CTI -) fiquem confusos ao ter que **ressuscitar** um paciente já declarado morto e ao mesmo tempo receberem a ordem de **não ressuscitar** o paciente do leito contíguo.*

E chega o momento, dizem Yougner e col., em que o órgão ou os órgãos necessários para a doação são retirados, e todos abandonam de repente o corpo para o transporte ao necrotério.

*Pensando bem, jamais alguém poderá ser contra a retirada de órgãos para transplante. É um procedimento promissor, de acordo com os mais nobres sentimentos e tradições humanísticas. Além disso, o transplante oferece oportunidade de **transformar a tragédia de uns numa maravilhosa dádiva para outros**. Infelizmente porém, esse procedimento traz à baila princípios e costumes que não são fáceis de derrubar e retirar de nosso íntimo⁽³⁶⁾.*

Ainda que o autor citado se refira de maneira clara e objetiva às dúvidas e angústias da equipe de

(36) LANDMANN, J. A ética médica sem máscara. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985. pp. 202-203.

saúde com relação ao momento do fim da vida, fica evidente a dificuldade que ele próprio tem ao lidar com o tema. Ora “os pacientes estão mortos ... perderam irreversivelmente as funções cerebrais integrativas e cognitivas” apesar de suas “células, tecidos, órgãos e sistemas estarem vivos” — este parece ser seu conceito de vida e morte — , ora estão “vivos”, “... mantidos com vida como se estivessem vivos”. Menciona o prolongamento ou encurtamento da vida dos enfermos aos quais se referira como mortos e finalmente fala em “ressucitação” e da maravilhosa “dádiva” em que podem se tornar os transplantes. E a “dádiva” não é de Deus é da Medicina, dos médicos ... talvez seja mais ou menos a mesma coisa.

“A Medicina nasceu mais como tentativa de ajudar o semelhante do que para combater a doença em si. No decorrer dos séculos, porém, ela internalizou como perspectiva fundamental *a defesa da vida (humana) pela vida*, a cargo de uma categoria quase sacerdotal. É fácil constatar este posicionamento hoje, notadamente através das deontologias médicas, como na história das terapias. Em nossa interpretação, esta norma da Medicina é uma regra empírica e metodológica — ainda que inspirada por óbvio humanismo — , aquela metodologia que permitiu muitos progressos na profissão, por nunca renunciar a prolongar a vida, cedendo à morte só na última extremidade, mais do que uma norma que traduza adequadamente uma visão integral do ser humano. Chegou hoje em dia o momento de repensarmos esta norma, como convidam a problemática da eutanásia e tecnologias tentadas pela manutenção indefinida da vida vegetativa”⁽³⁷⁾.

(37) LEPARGNEUR, H. Op. Cit. 1987. p.190.

A Medicina, às vésperas do terceiro milênio, começa a se dar conta da importância da qualidade da vida.

A sacralidade da vida com sua dimensão divina e de apropriação social vem sendo questionada por bioeticistas que privilegiam a qualidade da vida.

Conceitualmente antagônicas, optar pela sacralidade ou qualidade da vida provoca alterações fundamentais na relação médico⇌doente e na abordagem terapêutica. Vista como sagrada, a vida deve ser respeitada por ser *dom* de Deus e a pessoa respeitada enquanto *criada por Deus à Sua imagem e semelhança*. A opção pela qualidade da vida retira a questão da esfera da metafísica e a conduz à realidade cotidiana e histórica do homem.

A vida sacralizada é entendida a nível celular, de gametas, não podendo, por coerência, aceitar a ausência de vida enquanto células permanecerem vivas.

Como conciliar a morte encefálica (quando todos os demais órgãos continuam exercendo suas funções), a presença de espermatozóides vivos em corpos sepultados há mais de trinta e seis horas, a condenação da distanásia ou seja o prolongamento artificial do processo de morte com um conceito de vida que é celular?

A opção pela qualidade de vida⁽³⁸⁾ permite ao médico e ao doente caminharem juntos na busca de

(38) Qualidade de Vida, afirma CORREIA, F.A. Alguns desafios atuais da

objetivos significativos para o enfermo. O processo de tomada de decisões é resgatado pelo doente, autônomo em relação a si e, portanto, ao seu corpo, mas, ajudado pelo médico num relacionamento horizontalizado. O médico mantém seu papel de agente tecno-científico e o doente recupera seu papel de agente moral posto que, só ele sabe, naquela circunstância, o que se constitui em um Bem para ele.

Bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996, deve ser entendida como “o conjunto de condições favoráveis à expansão e ao desenvolvimento de qualquer ser humano e, neste sentido, promover essa qualidade é exigência moral inegável.

2. Libertar o Corpo

“Através das solicitações dos sentidos, meu corpo lança-me no espaço e através do seu envelhecimento ensina-me o tempo, através da sua morte lança-me na eternidade”.

Mounier

A abordagem do que o homem é, a sua existência, revela uma realidade complexa que se desdobra em vários componentes e se projeta em diferentes dimensões. Numa visão retrospectiva das espécies animais sobre a Terra o que se vislumbra é o esforço de cada espécie procurando desenvolver mecanismos de defesa e ataque: visão aguçada, olfato desenvolvido, mandíbulas potentes contendo dentes cortantes, bico e garras fortes, pele grossa ou pêlos abundantes, musculatura hábil para deslocamentos rápidos. O

homem comparado a estas realidades mostra-se com olfato irrelevante, visão apagada, sem bico nem garras, sem dentes cortantes, de pele fina e destituída de pêlos protetores, incapaz de correr como os antílopes ou de voar como os pássaros. Esta espécie, contudo, singulariza-se por sua capacidade de vencer a natureza que a cerca. Desde que surgiu sobre a Terra, há 400.000 anos, pouco aperfeiçoou seu equipamento hereditário através de modificações corporais perceptíveis em seu esqueleto. Conseguiu, contudo, ajustar-se a um número maior de ambientes do que qualquer outra criatura; multiplica-se mais rapidamente do que qualquer mamífero superior.

Pelo controle do fogo e pela habilidade em fazer roupas, o homem vive desde o Equador até o Círculo Polar; nos aparelhos que constrói corre mais rápido e voa mais alto que qualquer outro animal; pelo domínio do átomo conseguiu dominar a mais mortífera de todas as armas.

Esta espécie animal embora destituída de fortes equipamentos de ataque e defesa, foi capaz de, ao longo dos séculos de sua evolução, dominar e submeter o universo em que se encontra.

Sua originalidade reside em características integrantes da sua natureza, especialmente no fato de que é a única espécie capaz de pensar. Por isso, desenvolveu um mundo de equipamentos que completam suas habilidades e superam suas deficiências.

Devido ao corpo, o homem está sujeito às leis da matéria, ou seja: espacialidade, temporalidade, opacidade e pluralidade.

Pela espacialidade, o corpo do homem, ao existir, está confinado a um ponto do universo onde ocupa determinado espaço.

O espaço, como extensão do corpo, constitui-se em condição de sobrevivência, constitui-se em limites corporais. É JASPERS quem observa: “Curioso é o fato de nossa consciência corpórea não se restringir aos limites de nosso corpo (...) O espaço de nosso corpo anatômico se estende até onde vai esta sensação de unidade conosco”⁽³⁹⁾. O espaço inclui, portanto, além das fronteiras somáticas, as extensões implícitas.

A temporalidade implica no conceito de que o corpo humano surge e desaparece num determinado momento cósmico.

Opacidade é a característica do corpo humano ser resistente e impenetrável, separado e único. A opacidade ultrapassa a dimensão física do ser humano, representando o substrato que explica a dificuldade que tem o corpo de se manifestar claramente; a impossibilidade que têm duas pessoas de se entenderem diretamente. Para tanto, elas se utilizam de um meio intermediário além da palavra, a qual é insuficiente para nossa realidade. O entendimento se faz por meio de um olhar, de um sorriso, de um aperto de mão; mas sempre por um *meio* que é corporal.

Pluralidade corresponde ao fato do ser humano apresentar-se como um conjunto de forças que, de per

(39) JASPERS, K. Zur Analyse der Trugwahrnehmungen. Zeitschrift f.d. gesamt. Neurologie und Psychiatrie, 1911. p.16.

si, são precárias e instáveis e que, unidas, integradas, transformam-se em capacidades fundamentais à pessoa humana. Durante seu processo de desenvolvimento, o mundo é, para o bebê humano, inicialmente, aquilo que ele come e bebe. Mais tarde é o que ele ouve e algumas semanas depois do seu nascimento, a voz humana está relacionada com o ato de mamar. Suas sensações visuais vão se organizando lentamente e ampliando seu espaço. Organizam-se, posteriormente, suas sensações e quando ele apalpa o corpo, percebe que este corpo é ele mesmo. Entra em contato com outras pessoas através dos seus olhos, ouvidos e mãos; imita-as, e acaba por ter consciência de si mesmo, no momento em que consegue integrar a pluralidade dos seus constituintes.

O corpo para a pessoa é simultaneamente meio de ação e de expressão. Através do corpo o homem atua e constrói a civilização à custa de esforços corporais que propõem a lembrança da mais perfeita e plástica estrutura de trabalho da natureza, que é a mão humana.

O corpo humano é meio de expressão, posto que é, por intermédio dele, que o homem manifesta sua interioridade, traduz suas emoções profundas e realiza movimentos afetivos que comovem o ser (alegria, angústia, ódio, amor, súplica e triunfo).

O gesto corporal encerra um sentido, uma atividade corporal, manifesta uma intenção, permite a comunicação entre os homens e, portanto, a existência das sociedades.

2.1 - Sacralidade do Corpo

Uma rápida visão da história vai mostrar, no século VI, o corpo humano como sinal de pecado e degradação, devendo ser submetido à flagelação, ao jejum e à abstinência na busca de virtudes e moralidade. Na Idade Média o corpo, posto ser criação divina, é sacralizado e as dissecações de cadáveres são expressamente proibidas.

O Renascimento e a Idade Moderna trazem transformações na concepção do corpo, que, dessacralizado, secularizado, passa a ser considerado como unidade físico-biológica, convertendo-se em objeto de estudo científico.

A filosofia mecanicista da ciência, o conceito de que o mundo é uma máquina, um mecanismo de relógio, levou as ciências biomédicas a uma mesma visão objetiva e mecânica da vida e do corpo.

2.2 - Dualidade Corpo — Alma

Conhecer a lei da natureza é função da razão e, a ciência imposta pelo método de Galeno, segundo critérios de observação e de experimentação, vem trazer a possibilidade de conhecer para dominar. O mecanicismo como interpretação da realidade física e corporal proverá a Medicina do método de observação e experimentação e trará progressos nos conhecimentos de estruturas e funções do corpo humano.

“Caminhou até nós, vindo de remotos tempos, um dualismo ontológico que distingue o corpo da consciência, o organismo físico da alma (ou essência interior). Talvez trazido do Oriente, esse dualismo aparece antes de nossa era como, por exemplo, em Pitágoras e Platão, prosseguindo jornada com figuras do porte de Santo Agostinho e Plotino, após o primeiro século depois de Cristo muito bem apoiado — no ocidente cristão — no pensamento do apóstolo Paulo. Há hoje textos que nos deixam a impressão de que teria sido Descartes, no século XVII, o criador do mencionado dualismo. Leitura precária da história do pensamento e da filosofia cartesianas. Todavia, precisamos convir que Descartes terá sido aquele que, no mundo moderno, foi às últimas conseqüências na distinção entre *res extensa* (extensão, corpo, matéria) e *res cogitans* (pensamento, consciência racional), considerando que o filósofo em foco foi quem atribuiu inequívoca substancialidade ao corpo, deste desenvolvendo uma concepção maquinal atualmente

conhecida como mecanicismo cartesiano”⁽⁴⁰⁾.

Descartes considera o homem constituído de duas substâncias distintas — a substância pensante, espiritual, o pensamento, e a substância extensa, material, o corpo — acentuando o dualismo psicofísico, o homem-máquina, o corpo-objeto.

Essa posição materialista naturaliza o corpo e suas funções, rouba-lhe os aspectos experienciais e vivenciais.

No século XVII, não se havia estabelecido a relação de causalidade entre corpo e espírito, ou seja, nem o corpo determina a consciência nem o espírito é superior ao corpo. A relação mantida entre eles é de correspondência, expressão, o que ocorre com um deles se expressa no outro; ambos vivenciam os mesmos episódios, apenas se expressam de modo diferente.

“Somos (e não temos) um corpo. Somos um corpo como forma de presença no mundo porque, sendo nossa presença mais apropriadamente veiculada por nosso comportamento, torna-se inverídica — ou no mínimo inacessível — *no vivente* a dicotomia consciência e corpo. De todo modo convém lembrar que a afirmação segundo a qual somos um corpo como presença no mundo não é restritiva. ... Apenas o que se busca esclarecer é que, na complexa realidade do vivente, o

(40) MORAIS, J.F.R. Consciência corporal e dimensionamento do futuro. In: Educação Física e Esportes. Campinas: Papirus, 1992. p.77.

corpo pode ser a expressão densa do espírito, assim como o espírito pode ser a expressão impalpável do corpo. Sem dúvida é esta uma linguagem dualista, mas que me permite comunicação mais simples⁽⁴¹⁾.

A contribuição da fenomenologia para as reflexões sobre o corpo, é de fundamental importância. A existência não acontece senão numa essência e a essência do homem é conseqüente à união substancial do espírito e corpo. Frente a esse conceito de homem, entende-se o corpo em seu aspecto relacional, como mediador com o mundo, a sociedade e a historicidade.

MERLEAU-PONTY afirma que o corpo próprio é, no mundo, como o coração no organismo: mantém continuamente a vida, o anima e o alimenta; forma com ele um sistema; o corpo é o nosso meio de estar com, no mundo e mais, o mundo de experiência é o reino construído no corpo e do corpo⁽⁴²⁾.

Hoje o debate corpo-espírito se desloca para a questão corpo-mente presente no ato médico, de maneira a suscitar uma dicotomia no atendimento à pessoa, agora dividida por uma barreira intransponível das especialidades médicas.

(41) MORAIS, J.F.R. Op. Cit. p.78.

(42) MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Freitas Barros S.A., 1971. p.100.

A unidade humana fracionada em mente e corpo, privilegia o corpo na prática e no ensino médicos. O que se busca com posturas dogmáticas é a imortalidade, a vida entendida como um processo corpóreo, passível de controle e manipulação científica, mantida ou retirada a partir de tecnologia apropriada, medicalizada, mas, principalmente a vida como objeto de paixão e de desejo. Uma realidade da qual não se pode abrir mão, sob pena de um sentimento pessoal de impotência e de fracasso.

“A união da alma e do corpo não é lacrada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se completa em cada momento, no movimento da existência. É a existência que encontramos no corpo, aproximando-o por uma primeira via de acesso, a da fisiologia”⁽⁴³⁾.

(43) MERLEAU-PONTY, Op. Cit. 1971. p.101.

2.3 - Corporeidade

▲ capacidade de pensar permite ao homem refletir sobre seu corpo que, distinto do corpo de outras espécies - matéria de estudo anátomo-fisiológico -, converte-se em corporalidade ou seja, em experiência vivida, em um corpo enquanto realidade fenomenológica.

SCHELER⁽⁴⁴⁾ estabelece separações entre Körper, corpo, ou corpo-anatômico e Leib ou corpo-vivenciado, isto é, o corpo percebido (Körper) e o corpo experimentado (Leib).

O corpo percebido é o corpo objeto, instrumento que se recupera e se guarda próximo de si, *em si*. O corpo experimentado é a presença *para si*. Segundo HEIDEGGER, ser presente exige uma presença “carnalizada” do corpo experimentado, portanto, a presença do corpo-carne participa da presença do *si em si mesmo*. “Por este modo de senti-lo (o corpo), trata-se de entender, não sensações sensoriais ou sensações dos órgãos, nem sensações corporais vividas como particulares e, sobretudo, não percepções corporais ópticas ou

(44) SCHELER, M. Nature et formes de la sympathie. Paris: Payot, 1971.

táteis, mas um estado fenomenal, absolutamente unitário e singular, de se ter um corpo vivenciado e de experimentá-lo⁽⁴⁵⁾.

A corporalidade é um caráter peculiar da condição humana; abrange a totalidade do homem tanto na relação consigo mesmo quanto no seu relacionamento com os outros. Ela coloca-se basicamente porque o homem não pode pensar sem ser, nem ser sem seu corpo, através do qual ele se expõe a si próprio e ao mundo.

“Somos um corpo como forma de presença no mundo, e isso diz tudo. Interioridade e exterioridade são apenas categorias de pensamento de força didática, pois o que há é um corpo que pensa e agita a consciência e, simultaneamente, uma consciência que pensa e transfigura o corpo — sem que reduzamos o verbo pensar a raciocínios-lineares. Afinal, em inúmeros casos, úlceras gástricas são feridas abertas pelas dores morais⁽⁴⁶⁾.

As esferas objetivas do mundo como os objetos internos, externos, corpóreos etc., tornam-se concretos enquanto partes de um mundo correlato a uma pessoa. “A pessoa, diz SCHELER, é dada somente onde é dado um *poder fazer* por meio do corpo e precisamente um *poder fazer* que não se fundamenta só sobre a lembrança das sensações ocasionadas pelos movimentos externos e pelas experiências ativas, mas precede o agir efetivo⁽⁴⁷⁾.

(45) HEIDEGGER, M. El ser y el tempo. México: Fondo de Cultura, 1974. p.125.

(46) MORAIS, J.F.R. Op. Cit. 1992. p.81.

(47) SCHELER, M. Op. Cit. 1971. p.71.

3. Libertar a Morte

*“Qualquer tempo é tempo
A hora mesmo da morte
É hora de nascer.*

*Nenhum tempo é tempo
bastante para a ciência
de ver, rever.*

*Tempo, contratempo
anulam-se mas o sonho
resta, de viver”.*

Carlos Drummond de Andrade

O sentido da morte é diferente na história dos povos. Seja qual for seu sentido, a maneira pela qual um povo enfrenta a morte é sempre relacionada com o sentido que ele dá à vida.

Para FOUCAULT⁽⁴⁸⁾ a morte é o princípio indissociável da vida que, ao conter em si o desgaste natural da atividade orgânica e a degeneração como a mais geral possibilidade da doença, articula-se de tal forma com a morte, que esta se torna não somente um possível acidente, mas uma necessidade intrínseca à vida.

Constando a vida de movimentos e interações com o meio e tendo uma dimensão temporal e espacial, a morte, inevitavelmente, desde que haja vida, se fará presente desde o princípio, delineando pouco a pouco sua iminência, formando com a vida, trama única que a constitui e destrói.

A dimensão temporal da morte nada mais é que a temporalidade que ela imprime à vida.

(48) FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. p.64.

As concepções da sociedade a respeito da morte exercem papel determinante na aceitação pelo indivíduo da sua própria morte e dos seus entes queridos.

Atravessando diferentes épocas e costumes, a morte adquire diferentes aspectos e ritos. Assim, o homem acreditou que conhecia o momento da morte e presidiu durante muitos séculos os rituais em que ela se deu. Mas, encontrou na modernidade, a negação da morte. E, se encontrou nas sociedades arcaicas as mais imaginativas crenças e lendas, encontra hoje uma sociedade descrente de si mesma.

3.1 - Cultura e Morte

S seja punição ou recompensa, término da vida ou princípio de outra existência, seja como for que o homem a entenda, a morte jamais lhe foi indiferente, pois perante ela o homem encontra o questionamento da vida.

Assim, desde o início das civilizações e dos primeiros registros históricos, quando o homem engatinhava em sua evolução e aprendia a manipular o fogo, já se

formulavam mitos e rituais a respeito da morte.

Do Período Paleolítico sabe-se que o homem não era indiferente à morte. Esqueletos humanos referentes a este período foram encontrados em cavidades abertas artificialmente, ou rodeados e cobertos de pedras ou de fragmentos de ossos, revelando que os cadáveres eram objeto de práticas funerárias, testemunhando respeito e até mesmo um culto pelos mortos.

Havia uma espécie de “mobiliário fúnebre” constituído por objetos destinados ao uso do morto na sua vida póstuma: utensílios, obras de arte e alimentos. Esses objetos seriam deixados junto ao morto, para que não lhe faltasse o necessário na nova fase de sua existência.

A atitude dos primitivos relativa aos mortos, embora tivesse a expressão de um culto, parece ter sido essencialmente de temor. As práticas funerárias seriam, pelo menos no princípio, medidas de proteção contra eles.

É possível concluir que as covas e os túmulos paleolíticos não foram apenas abrigo, mas também prisão. Junto ao cadáver encontrava-se sempre uma estatueta, provavelmente masculina, simbolizando a guarda do morto, para que ele não saísse do seu túmulo para atormentar os vivos.

No mundo tribal, a morte se acha inserida nas práticas coletivas de culto dos mortos e dos ancestrais. Para o homem primitivo, o existir é relacional, ou seja, o seu ser só tem sentido na participação comunitária e a morte não é vista como dissolução individual.

Para FRAZER⁽⁴⁹⁾ a maioria dos homens crêem na imortalidade da alma desde as culturas mais arcaicas até os dias atuais, e isso relaciona a morte à religião ou seja, a uma crença em algo maior que o homem, que o origina e precede.

A diferença reside no fato de que nas religiões antigas a crença na imortalidade não se vincula a conceitos morais. Os virtuosos não são recompensados e os maus não são punidos.

Os povos primitivos não crêem na imortalidade da alma, no senso estrito da palavra, pela simples razão que lhes falta a concepção de eternidade com suas implicações. Mas eles acreditam na continuidade da existência do espírito humano após a morte, e se comportam em conformidade com esse pensamento, tentando obter vantagens do espírito dos mortos e evitar o mal que eles possam causar.

Nas religiões arcaicas o espírito dos mortos não só existe, como exerce uma influência ativa sobre os vivos, graças aos poderes sobrenaturais que adquire.

O homem primitivo acredita que a vida após a morte difere pouco da vida atual e que o morto continua a sentir as mesmas emoções. Em algumas culturas primitivas acreditava-se que o espírito sofresse dor, fome e doenças.

(49) FRAZER, J. La crainte des morts. 5 ed. Paris: Ed. Émie Nourry, 1981.

Como nos afirma FRAZER⁽⁵⁰⁾, esses espíritos são intensamente humanos, portanto, a morte não anula ou modifica seus atributos de humanidade.

Em algumas regiões da África, América do Sul e Micronésia havia o costume de enterrar os mortos no subsolo da casa e em algumas tribos indígenas da Micronésia, os restos mortais dos entes queridos eram desenterrados para contemplação da família.

Também em certas partes da Grécia e Itália, os mortos eram enterrados e cultuados em meio doméstico, sendo bastante conhecido o costume de culto aos ancestrais na Roma Antiga.

Assim, a atitude do homem primitivo, freqüentemente receosa a cerca do espírito do morto, é também muitas vezes repleta de afeição e despreocupação com suas imaginárias necessidades, sempre estabelecendo uma ponte entre os dois mundos para não se extinguirem os vínculos entre o morto e a sociedade.

Os egípcios não acreditavam que o homem pudesse morrer. A vida para além da morte era um prolongamento da existência terrena, onde os mortos viviam com suas alegrias e tristezas. Porém, para chegar a esse lugar, era necessário atravessar um longo e perigoso caminho. A morte era considerada uma passagem e não um fim.

(50) FRAZER, J. Op. Cit. 1981.

A conservação do corpo do defunto era para o egípcio, condição essencial para que ele alcançasse a eternidade. Os parentes do morto escreviam-lhe cartas que eram colocadas nas taças das oferendas.

O transporte do cadáver obedecia a um cerimonial religioso, onde os sacerdotes incensavam a múmia e recitavam cânticos de glória à frente do cortejo, com grupos de bailarinos. Na entrada do túmulo, um sacerdote tocava o rosto do defunto com uma tesoura para lhe “abrir a boca”, a fim de que ele pudesse respirar e alimentar-se para a vida eterna.

Esse ritual era exclusivo de pessoas de classes sociais elevadas. Acreditava-se que pessoas de classes sociais baixas não tinham vida eterna após a morte. O faraó e a rainha eram imortais. Pela sua essência divina o faraó, ao morrer, ascendia ao Sol sob forma de ave, sendo ajudado nessa ascensão pelo vento, pelas nuvens e pelos próprios deuses. É a partir do Império Médio, que os textos funerários se preocupam com o destino dos mortais de classes mais baixas.

Essa democratização da eternidade não se realizou sem luta e correspondência a uma conquista terrena. Na mitologia egípcia, o homem do povo só foi admitido no “mundo das estradas”, onde se localizaria o mundo dos mortos, depois de ter conseguido direitos políticos na terra.

THOMAS⁽⁵¹⁾, em “Antropologie de la Mort”, traça um paralelo entre as sociedades primitivas essencialmente relacionais onde, na morte, o indivíduo passa da

(51) THOMAS, L.V. Antropologia della morte. Milano: Vita e Pensiero, 1976.

comunidade dos vivos para a dos mortos, podendo no entanto, retornar ao mundo dos vivos através de reencarnação, sonhos e aparições. A partir das sociedades industriais, onde o processo de individualização levou à perda dessa participação comunitária, as famílias fecharam-se em um núcleo estreito cuja tendência é tornar-se cada vez menor. Assim sendo, a morte arremessa o homem na desolação e no abandono.

Outro aspecto citado por ele é que, nas sociedades arcaicas, os rituais de culto aos mortos eram institucionalizados e exteriorizados. Já o homem ocidental, ao negar a morte e não conseguir expressar a mobilização afetiva que ela naturalmente acarreta, converte seus defuntos mal exorcizados, em entidades inferiores, em fantasmas inconscientes que o debilitam e assustam.

Na medida em que as sociedades ganharam mais organização e integração através de representações políticas, sociais e culturais, as religiões se incrementaram, caricaturando ansiedades humanas a cerca da vida e, portanto, representaram tentativas incessantes de relacionar vínculos explicativos com a morte.

A relação do caráter social e relacional do homem com sua concepção de morte espelha os rumos da sua própria evolução.

A evolução organizacional das sociedades reflete um poder social de formação ideológica a cerca de várias questões, dentre elas, as crenças em relação à morte. Em tempos remotos, como já visto observara-se a crença na vida além da morte. Com a evolução social e o aparecimento das grandes religiões, passou-se a vincular a imortalidade aos

conceitos morais.

No Ocidente o conceito de morte vai, lentamente, sofrendo transformações.

Na cultura greco-romana o morto é cultuado e exaltado. A cerimônia era realizada à noite, e as pessoas que formavam o cortejo, seguiam o corpo levando na mão uma espécie de tocha ou corda grossa acesa, a “funis” de onde vem a palavra funeral. Em todos os tempos, os escravos e os cidadãos pobres foram enterrados assim, sem aparatos.

No entanto, nas famílias opulentas de Roma, os rituais eram celebrados com uma solenidade pomposa. Aconteciam em pleno dia e o caixão ou leito fúnebre era acompanhado por um longo cortejo formado pelos pais, amigos e clientes.

As carpideiras entoavam lamentos fúnebres, soluçavam e louvavam o defunto; eram seguidas pelo vitimário, que devia sacrificar com fogo os animais favoritos do morto; depois vinha o rico caixão em que repousava o cadáver num leito de perfumes, flores e ervas aromáticas.

Um rito benfazejo mandava que, diante do cortejo e logo atrás do caixão, houvesse uma pessoa encarregada de representar, por seu andar, atitudes e gestos, a pessoa morta.

O cadáver era incinerado por um membro da família, e enquanto o corpo se consumia, a oração

fúnebre pelo morto era proferida diante da assistência muda e recolhida.

Senhor das grandes conquistas, senhor do conhecimento e do seu corpo, o romano era senhor do seu destino e da sua morte.

Já na Idade Média, a morte adquire as influências do cristianismo. Passa a predominar a concepção dualista, que reduz a morte à separação do corpo e da alma, havendo ascendência da alma sobre o corpo.

Na crença judaico-cristã, a verdadeira virtude está na capacidade da alma exercer domínio sobre os desejos do corpo, fonte de pecado. A morte para o cristão é libertação e salvação.

Dessa forma, dispõe-se do corpo em benefício da alma e ambos só voltam a formar uma unidade na crença da ressurreição dos mortos, onde o corpo transformado, transcendendo, glorioso, poderá participar do destino da alma.

ARIÈS⁽⁵²⁾ cita que os cavaleiros da gesta ou dos romances medievais eram normalmente avisados de sua morte, seja por sinais da natureza, ou por uma convicção íntima. Essa crença na percepção íntima da morte manteve-se durante o

(52) ARIÈS, P. História da morte no ocidente — da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

Renascimento, atravessou em maior ou menor grau os séculos e de certa forma pode ser encontrada em nossa sociedade.

A pessoa, sabendo do seu fim próximo, tomava suas providências, reunia em torno de si os familiares, seguindo-se então o rito da despedida da vida, através dos lamentos, do perdão dos companheiros e da prece final.

Depreende-se daí que a morte era esperada, sendo uma cerimônia pública e organizada pelo próprio moribundo que, conhecendo os rituais, a presidia.

É interessante observar que também em muitas outras culturas é descrita essa percepção interna do momento da morte.

Da cerimônia de morrer participavam parentes, amigos, vizinhos e as crianças. Os ritos da morte eram aceitos de modo simples, sem demonstrações de dramaticidade e excessiva emoção.

Na Idade Média as sepulturas eram próximas às igrejas onde eram enterrados os santos. E junto a esses locais, construíam-se casas e centros de comércio, sendo que a convivência entre vivos e mortos deu-se pacificamente até o final do século XVII.

Já na segunda fase da Idade Média (séculos XIV e XV), começaram a se delinear alterações na cena da morte. A morte, no leito, adquire uma carga de emoção que antes não possuía. Isso deveu-se, em parte, à valorização da biografia do morto, como determinante da sua

salvação, que antes acreditava-se dar-se naturalmente a qualquer um que fizesse parte da Igreja, e que então, passa a depender do julgamento da conduta moral do indivíduo. No final da Idade Média, entre as classes mais instruídas, o leito de morte torna-se palco da batalha entre o bem e o mal pela alma do moribundo. Assim, a morte passou a ser ligada à existência individual.

A partir dos séculos XVIII e XIX o homem ocidental passa a dar à morte um sentido romântico, dramático. A morte passa a adquirir aspecto belo, ao ser considerada uma ruptura que arrebatava o homem da sua vida cotidiana e monótona e o lança em um “mundo irracional, violento e cruel”⁽⁵³⁾.

Seus cerimoniais são acompanhados de intenso pranto e emoção. Já não se aceita o sepultamento coletivo, mas os túmulos devem ser individuais, representativos da afeição dos sobreviventes ao ente querido, símbolos da sua presença para além da morte.

(53) ARIÈS, P. Op. Cit. 1977. p.632.

3.2 - A Morte na Atualidade

Na sociedade atual, o intenso processo de urbanização criou grandes cidades e a vida em comunidade cedeu lugar ao individualismo extremo.

O moribundo já não é dono da sua morte e, muitas vezes lhe é escondida a verdade a respeito da sua condição terminal. Em um processo, originado na segunda metade do século XIX, aqueles que cercam o moribundo tendem a ocultar-lhe a gravidade de seu estado.

Para ARIÈS⁽⁵⁴⁾, a motivação da mentira foi, a princípio, o desejo de poupar o enfermo de assumir sua provação, o que teria tido origem no sentimento de intolerância à morte do outro e na confiança do moribundo naqueles que o cercavam. Porém, rapidamente esse sentimento teria sido substituído por outro, característico dos dias atuais, que seria o de evitar os transtornos sociais desencadeados pela presença inoportuna da morte, que passou então a atuar como desorganizadora de uma vida estruturada para a felicidade.

(54) ARIÈS, P. Op. Cit. 1977. pp. 442-445.

Desde a década de 30, vem ocorrendo o deslocamento do local da morte. A morte no lar, acompanhada pelos mais próximos, cede lugar à morte solitária nos hospitais, onde é tecnicamente assistida.

A morte no hospital não tem cerimônias ou rituais, é apenas um fenômeno técnico, muitas vezes determinado pelos médicos e pela equipe hospitalar, que passaram a adquirir poderes não só para defini-la, como para determinar o momento em que ela deve se dar.

A excessiva emoção deve ser evitada, a dor visível inspira repugnância. A morte nova e moderna é também estéril. Alguns minutos após a morte, o corpo desaparece em uma estrutura perfeitamente organizada e eficiente. Os serviços funerários encarregam-se dos cuidados com o morto e o fazem de maneira que o mesmo parece repousar. Desse modo, deixa de existir o processo secular de elaboração do sofrimento através dos cuidados com o morto. O principal tabu já não é mais o sexo, mas sim a morte sobre a qual pouco se fala e que deve ser negada, especialmente para as crianças — *vovô já não morre, ele “vai para o céu” ou faz “uma longa viagem mas, qualquer dia, vamos nos encontrar com ele”*.

Essa negação da morte é cruel à medida em que retrata a inaptidão humana para enfrentar sua terminalidade e, conseqüentemente, impede o moribundo de se expressar num momento de dúvida e sofrimento.

Apesar de inseridos em uma sociedade que nega a morte, KUBLER-ROSS⁽⁵⁵⁾ observou que os enfermos,

(55) KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins

adultos ou crianças, sentiam instintivamente quando a morte era próxima. Afirma ela também, que essas pessoas, ao se depararem com pessoas queridas ou com uma equipe médica que não podem aceitar sua morte, travam uma luta com imenso desgaste físico e psicológico para prolongarem a vida, apesar de saberem que estão morrendo.

Ao contrário, quando encontram familiares e equipe médica abertos ao diálogo verdadeiro e prontos para dar ao doente apoio e alívio do sofrimento, essas pessoas apresentam muito maior probabilidade de chegar a uma morte tranqüila e mais humana.

Essas observações foram posteriormente confirmadas pela equipe de SIMONTON-CREIGHTON⁽⁵⁶⁾ no atendimento de pessoas com câncer.

A concepção cientificista da Medicina impede, freqüentemente, os médicos de verem o significado e a metáfora contidos na doença. Ela é apenas um inimigo a ser vencido e vive-se do ideal imaginário da eliminação de todas as doenças, por meio de pesquisas biomédicas. Essa visão, tão reduzida e incompatível com a vida desconsidera aspectos psicológicos da doença e, finalmente, nega a existência humana e a morte.

No âmbito mecanicista das ciências médicas, a morte não pode ser qualificada. Ela é, simplesmente,

Fontes, 1981. pp.37-38.

(56) SIMONTON, C.O.; SIMONTON, S.M.; CREIGHTON, J.L. Com a vida de novo. São Paulo: Summus, 1987.

a paralisação total da máquina-corpo, à revelia do homem-máquina.

Um dos matizes da transformação social que conduziu à negociação da morte, teve sua origem nos Estados Unidos no início do século XX. Os costumes dos americanos do norte parecem ter diferido pouco dos europeus, até a época da Guerra da Secessão, quando houve grande número de embalsamamentos. Não se sabe ao certo a origem desse costume, mas é conhecido que o embalsamamento tornou-se forma muito difundida de preparação dos mortos.

Um dos sentidos postulados para a preferência do embalsamamento seria o da recusa em admitir-se a morte. Também não se pode esquecer que, à medida em que as funerárias incumbem-se do morto, este torna-se objeto de comércio e lucro, e precisa se tornar atraente. E nada melhor que o embalsamamento e a maquiagem para cumprirem essa função.

Fato interessante é que, apesar de iniciarem esse processo de negação da morte, os norte-americanos não o desenvolveram em toda sua dimensão. Apesar de transformar a morte, a sociedade americana não tentou fazê-la desaparecer por completo, o que, certamente, representaria o fim do lucro das funerárias. Ainda persistem o velório e o enterro como ritos de morte.

Já na Europa Industrial, a negação da morte atinge seu extremo. A cremação tornou-se forma importante de sepultamento, a maneira mais rápida de fazer desaparecer o corpo. E assim, as cerimônias relativas à morte tendem à redução máxima.

A sociedade atual, essencialmente individualista e consumista, pressente na morte sua aniquilação.

A estruturação social determina a formação de indivíduos voltados, exclusivamente, para a realização de objetivos determinados e ascensão social. O indivíduo não reflete nem questiona a sua própria existência. Sabe-se também que a grande transformação ideológica sofrida no último século com a descrença nas grandes religiões e na vida comunitária, não está sendo satisfatoriamente substituída.

Questiona-se a farsa contemporânea de lidar com a morte, devido à incapacidade de lidar com a vida.

O homem contemporâneo, inserido automaticamente em uma estrutura individualista e produtivista torna-se meia peça na engrenagem social. Formado pela sociedade industrial, superestima seu potencial robótico, a velocidade dos acontecimentos, colocando em segundo plano o questionamento da sua própria existência. Isto constrói um caos ideológico que emerge em situações marginais. O homem contemporâneo apresenta medos em relação à realidade e ao significado do cotidiano.

A sociedade industrialista mantém esse medo colocando fora do cotidiano questões que deveriam ser discutidas pelo homem, uma vez que pertencem ao conteúdo do existir humano. O poder da sociedade é manifestado nas representações do que é real, na habilidade de constituir-se e impor-se como realidade.

A sociedade atual, que nega o homem

enquanto ser distinto da máquina produtiva, nega a morte humana enquanto entidade também distinta do simples cessar das funções orgânicas.

HEIDEGGER⁽⁵⁷⁾ já definira o ser do homem como possibilidade, como projeto que o introduz na temporalidade. O futuro projeta a existência e o passado a transcende. Só o homem autêntico enfrenta a angústia e assume a construção da sua vida.

A impessoalidade torna-se a fuga do homem inautêntico. Para livrar-se da angústia, ele refugia-se, tranqüiliza-se e alivia-se na impessoalidade. O resultado disso é uma sociedade que ignora o sentido da morte, enquanto reflexo da autenticidade da vida.

(57) HEIDEGGER, M. Op. Cit. 1974. p.97.

3.3 - A Existência Humana e a Morte

A morte pode ser vista como: a) falecimento, b) relação específica com a existência humana.

Enquanto falecimento faz parte da ordem natural e não tem maior significado. É constatável pelo médico, verificável e de natureza biológica.

Em sua relação com a existência humana pode ser: início de um ciclo de vida; fim de um ciclo de vida e uma possibilidade existencial.

Como início de um ciclo de vida ela é vista pelas religiões que crêem na imortalidade de alma. Fim de um ciclo de vida é como a vêem aqueles que acreditam que ela é um descanso.

Os que a avistam como possibilidade existencial, não acham que ela seja um acontecimento particular, situável no início ou no término de um ciclo próprio dos seres vivos. Mas, presente na vida humana de modo a determina-lhe características fundamentais.

A integração da morte ao fenômeno da existência humana, implica, necessariamente, na mudança de postura no âmbito da prática e da vivência dos profissionais de saúde. A partir de então, talvez esses profissionais possam se confrontar e exteriorizar seus sentimentos e emoções frente à dor, ao sofrimento e à morte. A imagem arquetípica do médico, o Centauro Quíron, ferido mortalmente, e que é mestre na arte de curar, mostra a participação existencial do médico através do seu próprio sofrimento como pessoa.

FEIFEL⁽⁵⁸⁾ realizou pesquisa com médicos, estudantes de Medicina, enfermos e indivíduos sadios e verificou, que os médicos têm maior medo da morte e que admitem estar buscando, na profissão, o controle e domínio sobre ela. Eis a explicação para condutas quixotescas de alguns médicos frente à morte do doente ou à iminência dela. São, muitas vezes, medidas que trazem extremo e inútil sofrimento ao enfermo.

Autores como BRIM e NAGY⁽⁵⁹⁾ afirmam que os médicos, algumas vezes, não se permitem conhecer seus sentimentos a cerca da morte, os quais são de: impotência, culpa e raiva. Impotência, associada à perda do doente; culpa, por tê-lo enganado e raiva como consequência das anteriores.

Os médicos tornaram-se donos do processo de vida e morte e transformaram-se no que ZIEGLER⁽⁶⁰⁾

(58) FEIFEL, H.; NAGY, V.T. Another look at fear of death. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 1981, 49 (2). pp. 278-286.

(59) BRIM, O. The dying patient. New York: Russell Sage Foundation, 1970.

(60) ZIEGLER, J. Os vivos e a morte. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

chamou de tanatocratas. Decidem sobre a vida e a morte das pessoas, sem as consultar, extrapolando suas funções, o que denota a grande dificuldade que os profissionais de saúde têm de falar, debater, aceitar e interiorizar a realidade existencial da morte, a começar pela sua própria existência repleta de terminalidades.

Quando os contatos de enfermos ou de seus familiares com os profissionais de saúde deixarem de ser um momento ilusório, de promessas que jamais serão cumpridas, com o hasteamento da bandeira da imortalidade, tão desejada por todas as pessoas em relação a si e a seus entes queridos; quando os profissionais de saúde puderem entrar em contato com sua realidade mortal e sua ciência limitada pela condição humana (dele próprio, do enfermo e de toda a humanidade); quando os médicos não mais permitirem a venda, pela mídia, de “milagres” da ciência e da técnica, exigindo que as informações sejam transmitidas com absoluto rigor da verdade, aí estará sendo iniciado um processo de mudança de sentimentos e atitudes em relação à morte e ao morrer de todos os homens.

(*) *“Por que alguém decide ser médico?”*

Profissão árida, pontuada por sacrifícios, muito estudo e dedicação, pelo menos, teoricamente. Continuamente esta pergunta ecoa no tempo e eventualmente

(*) A monografia da aluna Cíntia Sade de Paiva, do 4º ano médico, sobre “Q médico e a morte”, entregue à Disciplina de Bioética para avaliação e transcrita parcialmente a seguir, retrata com fidelidade a vivência de estudantes e professores de Medicina, sob a ótica do estudante ainda desarmado do discurso médico.

encontra respostas satisfatórias: prestígio, fama, dinheiro, vontade de ajudar, curar, salvar as pessoas, interesse pessoal. Embora o contexto histórico altere a resposta, existe sempre um consenso: o médico deve ser sempre o defensor da vida.

O estudante, que não decidir cumprir esta jornada, enfrentará muitos desafios. Desnecessário é mencionar o impacto do primeiro ano de faculdade: o sair de casa, os novos amigos, a vida numa outra cidade, etc... Nem todos estão sujeitos às mesmas marcas, mas há uma experiência da qual ninguém escapa: as aulas de anatomia. São sem dúvida, o primeiro contato com o universo médico, com os termos apropriados, o conhecimento do corpo... o encontro precoce com aquela que deveremos combater: a morte.

Exagero? Como esquecer aqueles corpos, frios, estendidos por sobre a mesa, 'peças' a serem examinadas!? Como olhar para um rosto e não pensar: este já sorriu, já amou... deve ter chorado também? 'Como ficar insensível a isto? Como negar o turbilhão de emoções que o laboratório desperta?' É simples: 'ignore-o; seja forte; a vida inteira você se deparará com situações como esta. Acostume-se ou desista... agora'. Quem vai desistir? Seguimos em frente, mas com a certeza de que um pouco de nós também morre lá.

Embora dramático este primeiro contato é primordial na formação do médico. É nesse

momento que somos levados a rever nossos conceitos e a questão da vida e da morte se impõe com urgência. O que é o homem? Quando o homem deixa de existir como tal, apesar das aparências?

Charbonneau responde a esta questão afirmando que o homem não é um amontoado de matéria, ele é HOMEM, um ser cuja existência ultrapassa o quadro estreito da Biologia, que para na etapa de pura biogênese. O homem se faz homem pela força do seu pensamento, centrado num cérebro que comanda seu corpo.

Pois bem, o homem despojado da força do seu cérebro é apenas um cadáver. Sob o ângulo da Biologia, ele voltou ao estado imóvel de 'coisa'.

É difícil admitir que sejamos tão frágeis. Que basta sermos abandonados pelas forças do espírito para que voltemos a ser um amontoado de matéria inerte!

Tal revisão conceitual e dolorosa sobre nossa vulnerabilidade deveria nos despertar para os inúmeros desafios que a profissão nos trará. Deveria ser o primeiro passo em direção ao reino da sensibilidade, principalmente frente às grandes e pequenas tragédias da vida. Mas o que acontece é justamente o contrário, tem início aí uma insensibilização, que ganhará tons mais fortes com o correr dos anos. Aprendemos cedo a calar

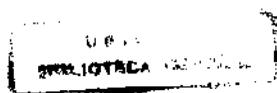
nosso coração angustiado com o silêncio ignóbil, convencendo-nos de que 'assim é melhor'.

Todo conflito gera angústia e essa, permite crescimento e amadurecimento. Como atingir este estágio se nem mesmo nos permitimos duvidar? Tem início a máscara de gelo que recobre muitos profissionais. Sufocando com desprezo nossas próprias emoções, acreditamos que assim evitamos o inevitável, como quem tenta adiar a erupção de um vulcão.

Não são cavalos selvagens as emoções? Tentar domá-las não é inútil e é justificável. Valendo-nos de mecanismos de defesa conseguimos adiar o enfrentamento com situações emocionalmente difíceis para um outro momento, posterior, quando então estaremos melhor preparados para resolver tais conflitos. Às vezes isso funciona. Outras não.

O que torna alguém médico?

Talvez o acúmulo de dados, o saber, o reconhecer sintomas e sinais, o desenvolver do raciocínio clínico para se chegar a um diagnóstico, o tratar, o indicar exames e remédios corretos. Esse conjunto de ações nada mais é do que informações obtidas em livros e pelos muitos anos de prática. A Medicina, enquanto ciência, evoluiu muito e são muitas as novas descobertas a



serem assimiladas. Estamos na era da velocidade e a cada dia surgem novas máquinas, novas drogas, novos procedimentos, novas técnicas.

O dilema que suscita a Medicina moderna e do qual não saberíamos escapar é o seguinte: a ciência modifica a personalidade do médico que deve lançar mão de técnicas e conhecimentos e, ao mesmo tempo, ela o priva do respeito à vida.

Tudo é tão novo que algo como carinho, respeito e dedicação ao paciente ficam relegados a um segundo plano. Quem se importa com isso, hoje em dia? Quem se preocupa com a formação do médico? Cada dia, a informação, é mais valorizada em detrimento da formação. Continua o processo de insensibilização! Aprendemos a tratar o paciente não como pessoa-sujeito com direito a reivindicações, sentimentos, mas somente como 'doença' e suas complicações.

É desnecessário citar exemplos de como tal inversão de valores está arraigada na classe médica. Desnecessário também será dizer que são poucos os que se importam. Alguns, nem mesmo quando a morte se impõe.

Ela faz sentir o peso de sua mão inexorável e sem perdão e segue ceifando vidas.

Como reage o médico?

É freqüente que o levantar de ombros seja a única reação. Outras, o interesse no resultado da necropsia é tão primordial que o médico tende a esquecer que, até poucos minutos, aquele objeto de estudo ainda era uma pessoa. Nada tenho contra este método de estudo, somente questiono o interesse que é maior na informação do que no ser humano que se foi.

Raiva é outro sentimento que surge com freqüência. Como o paciente ousou desistir da luta depois de tudo que fizemos por ele? Depois de tanto trabalho?

Muitas vezes é depressão que se instala. Costuma vir de mãos dadas com a impotência. É compreensível. Aprendemos a fazer uso de tantos medicamentos novos, tantos procedimentos, tanta tecnologia que vamos pouco a pouco nos convencendo da nossa onipotência. E a cada vez que vestimos o avental branco, vestimos também, a capa de 'deus todo poderoso'. Corremos o risco, portanto, de não sermos nada mais que um avental branco ambulante...

Esses exemplos são somente a ponta do iceberg. Tenho certeza de que embaixo da camada insensibilizante que usamos, a morte de qualquer paciente é sempre penosa e gera muita dor. O interessante é que são poucos os que confessam. Poucos são os

realmente conscientes das suas limitações e que aceitam a sua impotência.

Além disso, confessar importar-se com o paciente, é admitir a existência de sentimentos destinados a ele. Ora, isso não nos é permitido! É lei, não escrita, da Medicina, diz que devemos reservar nossos sentimentos para nossos familiares e aos nossos pacientes somente nossa capacidade dedutiva, com risco de perdermos a objetividade e não sermos capazes de ajudá-los. Essa é uma mentira cruel que, de tanto ser repetida, muitos acreditam ser verdade. Como pode alguém cuidar de um paciente, se não estiver emocionalmente envolvido? Se fosse a objetividade, o saber colecionar dados e informações, mais importantes que o calor humano e a dedicação, teríamos computadores e não médicos cuidando da saúde!!

Isto não é cabível por ser a Medicina, a única Disciplina que além de ciência é arte e não há nada mais gratificante que lidar com pessoas.

O médico, que reserva seus sentimentos somente para seus entes queridos, corre o risco de tratar seus pacientes como 'objetos', 'coisas', e certamente ficará insensível até mesmo diante da morte deles. Só sentirá emoções quando lhe for 'permitido', quando for a morte de seu pai, sua mãe, esposa ou filhos.

O profissional que nega seus sentimentos a seu paciente, que não oferece tudo aquilo que seu coração permite e que nem ao menos se abate quando da sua morte, está irremediavelmente perdido. Está trabalhando em prol da perfeição do 'homem-máquina'. Já vai longe a época em que ele próprio era 'homem-pessoa' ”.

CAPÍTULO II

Bioética: O “A Priori” Da Medicina

“Estabelecidos os direitos humanos, é hora dos médicos sacudirem a poeira, chega de abrigar-se, confortavelmente, sob as asas protetoras de suas atuações profissionais. O atual código de ética está exigindo que o médico assuma sua posição transformadora da ordem social, não serve mais apenas para sua defesa, convoca-o, vigorosamente, para o campo dos direitos humanos. Mas, quão longe estamos de tais ideais. Basta olhar ao nosso pequeno redor e apresenta-se a figura do médico: o seu branco não mais indica limpeza do corpo (e por que não da alma?) mas apenas fornece o passaporte para o despotismo. As escolas médicas, mesmo alterando seu vestibular,

continuam a fornecer tecnicismo e colocando além do horizonte as questões mais prementes e filosóficas do saber médico. O *South American Way*, já protagonizado por Carmem Miranda, é substituído dia-a-dia pelo conhecimento importado e considerado fabuloso.

A ética não pode ser um curso, um crédito a mais ou um sonho. Devemos sim, respirar ética pelas narinas, sentir o cheiro da pobreza e indignidade que nos envolve. Precisamos reconstruir tudo, procurar nossos conhecimentos e aplicá-los em nosso mundo real. Basta de brincar de médicos e computar horas de mediocridade. Sejam profissionais da saúde na luta pela dignidade do ser humano... 'a gente não quer só comida...'

Maria F. conta, envergonhada, que não enterrou o último filho morto, que era do segundo companheiro: 'eu não tinha recurso nenhum, deixei ele no hospital. Quando internei o menino, que estava com diarreia, dei um endereço errado e dei o nome errado também. Eu sabia que ele não escapava, quando deixei ele lá, o menino já não deixava bafo no espelho, estava quase morto e eu não tinha dinheiro para o enterro'.

Sra. J. A., em entrevista conosco: 'A senhora me pergunta porque não busco pílula nem pedi para dar nó nas tripas do ovário? Eu vou dizer para a senhora: o

que eu quero mais na vida é um filho. Eu tenho fé em Deus que um filho meu vai ser gente, me ajudar, para eu ter um fim de vida melhor que o começo. Então eu vou tentando, com a graça de Deus. Não deu certo um, a gente arranja outro. Morreram quatro, este que está aí no hospital, parece que vai vingar, se Deus quiser. Quando um deles chegar aos cinco anos, que dizem que é quando passa o perigo, aí, eu paro. Posso até tomar pílula, ou fazer operação. Mas até lá, Deus vai me perdoar, eu vou continuar me engravidando. Por que eu não vou ter filhos igual a todas as mulheres?” **Maria Leomenia Sardenberg e Carlos M. Sabroni — Monografia, Esterilização Humana. Disciplina de Bioética.**

Desde Hipócrates de Cós, ou seja, desde as origens da Medicina ocidental, o bem e o mal têm sido discriminados a partir de um critério naturalista. Assim o bem tem se identificado com a “ordem natural” e o mal com a “desordem”.

Toda a cultura medieval baseou-se na idéia de ordem que abarcava não apenas a natureza mas os homens, a sociedade, a história. Era considerado mal, por

exemplo, o uso desordenado do corpo ou de órgãos do corpo.

Evidentemente, a relação médico↔enfermo fazia-se a partir deste princípio, segundo esta ordem. O médico era o sujeito-agente e o doente era o sujeito-enfermo. Ao médico cabia o dever de “fazer o bem” e ao doente restava o papel de aceitar. Tratava-se da moral da beneficência, o médico pretendia fazer um bem objetivo que era restaurar a ordem natural (saúde do doente) por tanto devia impor sua conduta ainda que contra a vontade do doente.

O médico não era apenas o agente técnico, era também o agente moral e o doente um necessitado da ajuda técnica e moral. Quem conhecia a ordem natural no caso da saúde ou doença, era o médico, por isso podia e devia proceder conforme seus conhecimentos, ainda que contra a vontade do doente.

Esta é, em última instância, a essência do paternalismo que se converteu numa constante da ética e prática médicas baseadas na ordem natural.

Este universo não mudou a não ser com a reforma protestante que substituiu a idéia de “ordem” pela de “autonomia” e o conceito de “natural” pelo de “moral” ou de “liberdade”. Assim surgiu, no ocidente, o paradigma moral de liberdade e autonomia.

Sua história confunde-se com os progressivos achados dos direitos humanos desde Locke até nossos dias. As relações humana que antes se faziam segundo uma “ordem hierárquica”, verticais, monárquicas e paternalistas, passam a se realizar de forma horizontal, simétricas e

democráticas.

Só se poderá entender a Bioética deste prisma, neste contexto, uma vez que ela é consequência dos princípios que se vieram firmando no ocidente desde a Ilustração. Se ela traz consigo o caráter autônomo e absoluto do indivíduo na questão religiosa (liberdade religiosa) como política (democracia inorgânica), evidentemente levou à formulação do que pode ser denominada de liberdade moral, formulada, segundo GRACIA, como “todo ser humano é agente moral autônomo, e como tal deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais distintas”⁽⁶¹⁾.

Respeitar um ser humano, “uma pessoa, quer dizer antes de mais nada que no meu comportamento com ela devo me preocupar com a sua liberdade do mesmo modo que com a minha.

A Bioética coloca assim, em primeiro lugar os princípios que governam o respeito pela liberdade e o respeito pela dignidade da pessoa”⁽⁶²⁾.

A democracia, os direitos humanos civis e políticos, o pluralismo, conquistados pela modernidade, se desenvolveram juntamente com a ética e originaram a Bioética. É curioso notar que estes movimentos democráticos, pluralistas, que vêm se instalando na sociedade ocidental há séculos, só chegaram à Medicina recentemente. A moral médica, as relações

(61) GRACIA, D. Ética de la calidad de vida. Madrid: SM, 1985. p.51.

(62) BERNARD, J. Op. Cit. p.163.

médico⇔doente, continuaram se guiando mais por medidas autoritárias do que pelas esferas democráticas. O doente continuou sendo visto como um incapaz físico e moral que deveria ser conduzido pelo seu médico.

Somente na década de setenta, nos países desenvolvidos, os doentes tiveram consciência plena de serem agentes morais autônomos, responsáveis e livres; que manteriam com seus médicos relações de pessoas adultas que mutuamente se respeitam e se necessitam, não mais uma relação de pais e filhos. Neste momento a relação médica passou a basear-se na autonomia e liberdade de todas as pessoas nela implicadas (médicos, doentes, enfermeiros, psicólogos, etc.).

A ética baseada na liberdade e autonomia da pessoa é, por certo, pluralista e, conseqüentemente secularizada — é impossível uma uniformidade em matéria religiosa.

“Ao longo de todos estes séculos não existiu uma verdadeira “ética médica”, se por ela se entende a moral autônoma dos médicos e dos enfermos; existiu outra coisa, a princípio heterônima, que pode ser denominada “ética da Medicina”. Isto explica por que os médicos não têm sido, geralmente, competentes em questões de “ética” e por isso reduziram sua atividade ao âmbito da “ascética” (como formar o bom médico ou o médico virtuoso) e de “etiqueta” (quais normas de correção e urbanidade devem presidir o exercício da Medicina). A história da chamada ética médica é boa prova disto”⁽⁶³⁾.

(63) GRACIA: 1989. p.377.

1. Ensino e Prática Médicos

A Medicina, como profissão, foi, inicialmente exercida por dois profissionais distintos: o Físico que tratava as doenças clínicas (medicina interna), sem intervenções cirúrgicas e o Cirurgião que se ocupava daquelas doenças que exigiam intervenção direta (medicina externa) ou intervenção mecânica como nos casos de feridas, redução de fraturas, extração de corpos estranhos e outros.

O quadro do ensino médico, no final do século XIX, nos Estados Unidos era, na perspectiva dos reformistas, caótico. O número de escolas médicas crescia assustadoramente e sem controle, chegando a cento e cinquenta no início do século XX. Segundo FLEXNER as faculdades surgiam como que por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas. O ensino da Medicina era uma "... aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto"⁽⁶⁴⁾ que carecia, sobretudo, de bases científicas. Tal fato significava, para os progressistas, uma heresia, já que sonhavam com um mundo da ciência.

(64) FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. Carnegie Foudation for the Advancement of Teaching, 1910. p.346.

Foi nessa ocasião que, com o advento da Bacteriologia, a descoberta de novos agentes etiológicos de várias doenças como a tuberculose e a sífilis e os movimentos revolucionários nas artes, indústria, comércio e saúde, que surgiram dois relatórios sobre ensino médico, que causaram mudanças substanciais especialmente nas escolas médicas.

O primeiro, o Relatório Flexner (1910) foi publicado pela Fundação Carnegie, contendo uma crítica à situação da Medicina àquela época e propondo soluções para a questão. Este relatório se converteu na base para a implantação do ensino e prática médicas tal qual se encontra até hoje na maioria das escolas médicas: vinculados ao “big business” que domina o sistema de assistência à saúde. Suas propostas principais eram:

- a) definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos;
- b) introdução do ensino laboratorial com ênfase em disciplinas como bioquímica, patologia, fisiologia, microbiologia, bacteriologia, farmacologia;
- c) estímulo à docência em tempo integral;
- d) expansão do ensino clínico, privilegiando a aprendizagem intra-hospitalar (hospitalização e especialização), com a necessidade essencial de um hospital-escola onde os doentes são internados segundo a departamentalização da escola;

- e) vinculação das escolas médicas às universidades com a deterioração da assistência primária e a valorização da assistência secundária e terciária, portanto, o privilégio dos atendimentos de alta tecnologia em detrimento das unidades básicas de saúde;
- f) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- g) vinculação da pesquisa ao ensino;
- h) controle do exercício profissional pela profissão organizada;
- i) formação de profissionais para a excelência técnica, para as especialidades voltados para a abordagem do indivíduo, não para a comunidade.

O outro documento foi o Relatório Bertrand Dawson, elaborado na Inglaterra em 1920, e que trazia as seguintes propostas básicas:

- a) a interligação ou integração das medicinas preventiva e curativa;
- b) estado como controlador dos programas de saúde, atuando na distribuição dos profissionais pela comunidade de forma a tornar o sistema de saúde acessível a todas as

classes sociais;

- c) manutenção de Centros de Saúde Primários regionais, ligados a um Centro de Saúde secundário, o qual deverá estar ligado a um hospital;
- d) equipes interdisciplinares de saúde atuando junto aos Centros de Saúde;
- e) instituições especialmente equipadas e preparadas para atendimento de emergência e casos agudos.

Os Relatórios apresentam um conflito fundamental: enquanto o Relatório Flexner propõe a abordagem tecnologia-médico-doente, o Relatório Dawson, aponta para um modelo comunitário de atenção à saúde. Ambos, os modelos, continuam ativos nos países da América Latina.

No Brasil as escolas médicas seguiram o modelo flexneriano embora, durante sua instalação, tenha enfrentado dificuldades econômicas, especialmente na montagem dos laboratórios e hospitais-escola.

Iniciava-se a era do cientificismo também na Medicina e, em momento algum se observa qualquer preocupação com as questões ético-morais nem na análise das circunstâncias do ensino médico naquele momento histórico, muito menos nas propostas de mudança presentes no Relatório.

A abrangência do Relatório Flexner era muito maior do que os limites da Medicina causando a fusão e

fechamento de escolas médicas e de vagas oferecidas. Houve uma mudança na composição da classe social que compunha a profissão médica e esta tornou-se um nicho reservado às classes média alta e alta. Escolas médicas destinadas a negros foram fechadas e o número de alunos negros nas escolas remanescentes foi significativamente reduzido.

Segundo ZIEM⁽⁶⁵⁾ a Medicina científica trouxe uma hierarquização da educação médica, resultando numa estrutura discriminatória, privilegiando homens, brancos, e as classes média alta e alta. Tratava-se de uma composição social sensível à ideologia da Medicina científica e que traria para a prática médica os valores morais próprios de sua categoria social.

No início do século, neste momento progressista, centenas de documentos foram elaborados com críticas e propostas de mudanças às mais diversas disciplinas e o Relatório Flexner teria sido mais um dentre eles se fundações privadas americanas não houvessem aplicado na sua implementação, no período de 1910 a 1930, cerca de 300 milhões de dólares.

Os profissionais da Medicina, através da Associação Médica Americana (AMA), além de grandes indústrias, apoiaram a origem e consecução do Relatório. A Associação Médica Americana, criada em 1847, com a finalidade perspicua de defender a alopátia ameaçada, naquele período, pela homeopatia, na verdade se tornou um campo de debates entre médicos clínicos e cientistas, até que estes últimos

(65) ZIEM, G. Medical education since Flexner. Health Pac. Bull., 1977.

assumissem o controle da AMA na busca de uma Medicina mais científica.

1.1 - A Medicina Hoje

“O grande perigo da tecnologia é implantar no homem a convicção enganosa de que é onipotente, impedindo-o de ver sua imensa fragilidade”.

Hermogenes

 Medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista institucionaliza-se hegemonicamente através da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica. Evidentemente, este fato trouxe mudanças substantivas no conceito de “objeto” da prática médica e, como consequência alterou-se a relação doente ⇔

médico.

A pessoa humana antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, um indivíduo como os objetos de estudo de disciplinas como a Química, a Física ou a Botânica.

Conforme foi dito anteriormente, as alterações ocorreram na relação doente↔médico e, portanto, trata-se do relacionamento, fenômeno que é dual. Conseqüentemente, também os médicos passaram a ser vistos como simples prestadores de serviços, como os demais profissionais presentes na sociedade, sendo melhor remunerados aqueles que manejam máquinas, que executam procedimentos tecnológicos.

O avanço tecnológico exigiu uma crescente pluralidade de especialização. O médico policlínico de outrora foi substituído pelas equipes, pulverizando-se as responsabilidades entre diversos profissionais e técnicos em serviços auxiliares que, quase anonimamente, ditam condutas e condicionam resultados. Assim, uma cirurgia de amputação de membro superior ou inferior é condicionada pelos recursos oferecidos pelas técnicas de fabricação de próteses e seu sucesso dependerá não apenas do cirurgião, mas do fisiatra, do fisioterapeuta, do assistente social, do psicólogo, uma vez que, para que se cumpra o objetivo da Medicina, não basta salvar a vida do doente amputando-lhe um membro, é necessário o *bem estar, a integração social da pessoa*.

A objetivação do homem pela Medicina trouxe consigo a mesma posição da sociedade em relação ao médico. A arte médica desprestigiada pela própria Medicina em favor da ciência e sua tecnologia, causou o

embaçamento do mítico e do místico no papel social do médico. Desaparece o “médico de família”, aquele profissional que tinha uma dimensão histórica dos doentes: conhecia o passado e o presente do enfermo e de seus familiares; não podia negar as implicações sociais das doenças uma vez que ele era membro ativo da estrutura social, fundamental à sua comunidade; considerava os aspectos afetivos dos enfermos que o procuravam uma vez que, graças à freqüência com que visitava as famílias e era por elas visitado, sabia das questões emocionais, afetivas, amorosas, daqueles que necessitavam sua ajuda.

Esta forma de relacionamento que caracteriza a arte médica, foi execrada pela Medicina científica sob a alegação da perda de objetividade, de neutralidade, supostamente necessárias à abordagem eficiente e eficaz da Medicina científica.

Quando o interesse científico se estendeu sobre coisas animadas (botânica, zoologia), e posteriormente sobre o homem (psicologia, sociologia, economia etc.), defrontou-se com um problema crucial. Observou que era possível quantificar as coisas animadas, no entanto, ao fazê-lo, escapava do procedimento algo essencial: exatamente aspectos que distinguem seres animados dos inanimados.

Este perfil do cientista encontra acolhida nas salas das bibliotecas e nos laboratórios, mas quando extrapola as paredes destas áreas e invade as enfermarias, os consultórios médicos, os leitos dos doentes, está rompido o vínculo de humanidade que liga o médico ao doente e vice-versa.

A valorização da ciência e do cientificismo, é um dever do homem lúcido, mas a supervalorização implica em capitulações graves em relação à atitude humanista posto que, os avanços científicos e

tecnológicos acontecidos nas últimas décadas, vêm ocorrendo desnudos de qualquer reflexão ética.

“Desde a década de cinquenta (50) se declara a necessidade da formação do médico geral e o que se observa é o aumento da especialização. Enfatiza-se a Medicina Preventiva e Social e segrega-se estes conteúdos a espaços restritos. Enfatiza-se a importância dos cuidados primários, enquanto prevalece a prática de cuidados individuais em hospitais. Exalta-se a importância de pesquisa, mas sua prática é limitada e não faz parte do currículo. Enfatiza-se a formação médica de acordo com as necessidades da população, mas a organização dos cursos não revela esta preocupação, sugerindo até que a maioria das escolas a desconhece. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) pretende discutir as interfaces da Educação Médica com os interesses da sociedade, com o sistema de saúde e com o desenvolvimento científico e tecnológico, tendo como referência o compromisso ético da formação médica.

Espera-se que, a partir destas discussões, as escolas médicas elaborem uma agenda mínima de compromissos em relação ao seu papel social. Para tanto será necessário redefinir objetivos, programas e métodos, a fim de adequá-los aos avanços alcançados pelo desenvolvimento científico e às exigências de uma sociedade mais justa e solidária”⁽⁶⁶⁾.

(66) SANTINI, L.A. A ética na educação médica. Boletim da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Vol. XXIII Nº. 2, Rio de Janeiro, 1993. p.19.

1.2 - O Ser do Ensino Médico

Sob o impacto do Relatório Flexner, a Medicina científica voltou-se cada vez mais para a Biologia e a especialização, concentrando-se nos hospitais. Os especialistas substituíram os clínicos gerais na docência servindo de modelo para os futuros médicos e a concepção mecanicista de saúde dominou toda a prática e ensino médicos.

Segundo CHAVES, “hoje a massa imponente de informações que fornece a técnica instrumental faz o médico interessar-se mais no manejo de seu equipamento que no exercício de sua razão. Envolvido cada vez mais em aparelhos e equipamentos técnicos complicados, possuidor de recursos materiais que rendem maior e melhor trabalho que suas mãos isoladas, por mais adestradas que sejam, o médico porá, a cada dia, mais confiança em seus instrumentos e irá caindo num fetichismo lamentável, o *fetichismo dos equipamentos técnicos*. E isso é grave, muito grave. O treinamento técnico interessaria ao médico mais do que sua educação científica.

Isso não é um risco fictício, é demasiado real, particularmente nas gerações jovens, facilmente enamoradas da captação de fatos novos, com finuras técnicas até agora insuspeitas. O que não se percebe é que essa atitude mental distorce a relação humana entre o médico e o enfermo e

contribui para torná-la fria e impessoal⁽⁶⁷⁾. O ato médico que deveria constituir-se numa relação humana, una e indivisível entre médico e enfermo, transformou-se num episódio fortuito e impessoal. Torna-se muito difícil ao médico, especialmente aos jovens, cumprir o preceito de que *o ato médico é o encontro de uma confiança frente a uma consciência*.

As conseqüências da concepção mecanicista do homem e tecnicista da Medicina atingiram indistintamente os alunos das escolas médicas e os enfermos por eles atendidos.

Os alunos das escolas médicas vivem num ambiente extremamente competitivo e estressante sem que ninguém se preocupe em ensinar como enfrentá-lo. As necessidades do doente, o cumprimento das exigências curriculares vêm antes de qualquer coisa e para treinar-lhes a responsabilidade, enfrentam longos períodos de aulas e plantões com pouco ou nenhum período de descanso. A partir do quarto ano médico, os alunos têm férias de uma semana ou nenhuma durante os dois últimos anos.

É interessante notar que os médicos sejam as principais vítimas do modelo mecanicista de saúde. Segundo CAPRA, a expectativa de vida entre eles é dez a quinze anos menor que a média da população, apresentam alto índice de doenças físicas (especialmente doenças cardiovasculares), além de consumirem álcool e outros tipos de drogas com grande freqüência.

(67) CHAVES, I. Os rápidos avanços da Medicina e a lenta, implacável desumanização de seu exercício. *Ars Curandi*, outubro, 1978. p.57.

Essas atitudes, acrescentadas de taxas elevadas de suicídio e doenças mentais em geral, começam durante o curso médico. O treinamento a que são submetidos é extremamente estressante e competitivo. A competição é vista como virtude “e realça uma abordagem agressiva da assistência ao paciente. De fato, a postura agressiva da assistência médica é, com freqüência, tão extrema que as metáforas usadas para descrever doenças e terapias são extraídas da linguagem bélica. Por exemplo, diz-se que um tumor maligno “invade” o corpo, a terapia de radiação “bombardeia” os tecidos para “matar” as células cancerígenas”⁽⁶⁸⁾, o laser é usado a partir de “tiros”, o conjunto de medidas e medicação utilizado no tratamento de uma doença denomina-se “arsenal terapêutico”.

A Universidade promove o treinamento de estudantes de Medicina com horários rigorosos e pouquíssimos períodos de descanso. Essa experiência é transferida para a vida profissional do médico que, além de achar normal trabalhar anos sem férias⁽⁶⁹⁾, tem sua carga de estresse aumentada pelo fato de lidarem permanentemente com pessoas angustiadas, deprimidas, ansiosas, que é o estado natural daqueles que estão doentes.

(68) CAPRA, F. O ponto de mutação. 13 ed. São Paulo: Cultrix, 1993. p.139.

(69) O estudo “Perfil do Médico”, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo entre outras entidades, publicado no JC — Jornal do CREMESP, Ano XVII - N°. 127 - março. 1998, mostrou que alguns médicos trabalham sessenta (60) horas ininterruptamente. Nas últimas dez horas, não raciocina como antes, não tem a mesma destreza, não consegue fazer diagnóstico com clareza e erra com mais freqüência na terapia.

Há dois anos foi formada uma comissão composta por cinco faculdades de Medicina com a finalidade de estudar esta questão. Tal preocupação se deveu ao número assustador de morte de estudantes de Medicina por uso de drogas ou acidentes provocados por ingestão das mesmas.

“O mórbido sistema de valores que domina nossa sociedade encontrou algumas de suas expressões extremas na educação médica”⁽⁷⁰⁾.

Qual o resultado objetivo dessa situação sobre os médicos, os ex-alunos dessa escola rígida, autoritária, desumana que é a Faculdade de Medicina?

Analisando os reflexos dessa situação sobre a saúde dos médicos, que doenças os acomete, do que eles estão morrendo e quais fatores de trabalho poderiam estar contribuindo para a doença ou a morte, foi realizada uma pesquisa no Rio de Janeiro, entre 1986 e 1992, abordando cerca de seiscentos (600) médicos, todos professores universitários e que aponta para a seguinte realidade existencial:

- a) o cotidiano do médico é de sofrimento constante. Como convive com a vida e a morte dos outros, o que leva um estado de extrema tensão, ele somatiza de maneira significativa para sua saúde;

(70) CAPRA, F. Op. Cit. p.139.

- b) o perfil epidemiológico de morbidade e mortalidade do médico comparado com o da população em geral, mostra que o hospital ou posto de saúde — normalmente uma casa de cura para os enfermos — é um local de doenças para o médico. Lá se encontra uma série de agentes físicos que causam malefícios ao médico: calor e ruído excessivos, radiações ionizantes, agentes químicos etc;
- c) são mais de duzentas (200) substâncias utilizadas nos hospitais como meios terapêuticos e que fazem mal para quem as manipula. É o caso dos gases anestésicos úteis para se fazer uma cirurgia sem dor, mas que causam malefícios ao anestesista como por exemplo a hepatite tóxica por gases anestésicos, voláteis, que ficam constantemente no ar do centro cirúrgico. Para o doente não causa qualquer dano, mas o médico que trabalha por trinta (30) anos nesse ambiente poluído adquire lesões hepáticas;
- d) os agentes biológicos levam o médico a ser mais propenso à tuberculose, à hepatite, causadas por material contaminado. A incidência de tuberculose entre médicos que trabalham nos serviços de doenças infecciosas e pneumológicas é três vezes maior do que no conjunto da população. A incidência de hepatite entre os que trabalham em enfermaria de nefrologia, fazendo hemodiálise, é

quatro (4) vezes maior do que entre a população em geral.

- e) médicos que trabalham nos serviços de emergência têm mais doenças psicossomáticas do que aqueles que trabalham nas enfermarias de clínica médica. Eles têm mais probabilidade de infarto agudo do miocárdio, de doenças respiratórias e úlcera, entre outras doenças com componente psíquico;
- f) a situação de estresse presente no cotidiano do médico, leva a uma queda de imunidade. E o que é mais grave; hoje, um médico está associando estresse à depressão. Tanto o estresse quanto a depressão levam à baixa imunidade fazendo com que determinadas patologias aflorem;
- g) o maior índice de suicídio entre profissionais de nível universitário é o de médicos;
- h) o médico está em segundo lugar em alcoolismo, só perdendo para os jornalistas;
- i) cerca de 45% dos médicos apresentam distúrbios cardiovasculares antes dos 45 anos de idade;
- j) nos programas de autocontrole da universidade, quem menos responde aos chamados é o médico que

se justifica dizendo que “*não precisa*”, o que é compatível com outros comportamentos de *super-homem* aprendidos na escola médica e mantidos durante sua curta vida.

Treinados para um modelo de saúde que ignora problemas emocionais e nega a unidade da pessoa humana, são incapazes de identificar suas próprias necessidades afetivas, posto que, não se percebem inteiros, unos.

Vão para a universidade com dezessete ou dezoito anos, vindos de classe social média ou alta. São adolescentes, cuidados e protegidos por suas famílias de tal forma que não raramente, quando cumprem a disciplina de Pediatria, adquirem doenças contagiosas infantis (catapora, rubéola) com as quais, certamente, nunca tiveram contato.

O final do Capítulo anterior mostra, através do depoimento de uma aluna, as circunstâncias de “descuido” em que é colocado um jovem estudante de Medicina.

Os projetos pedagógicos desconsideram uma abordagem da pessoa do aluno embora todos os docentes das escolas médicas saibam das dificuldades encontradas pelos estudantes, e que estas vão além de um lugar para morar, da distância da família e da nova convivência na universidade, encerram questões relativas ao projeto de existência da pessoa do aluno.

As propostas de ensino contêm, ideologicamente, um vasto conteúdo dividido em cerca de sessenta e seis (66) disciplinas que ocupam dois

períodos do dia, organizadas num calendário o qual prevê o início do ano letivo para o 4º ano, no mês de dezembro do 3º ano. A partir de então os alunos saem de férias em sistema de rodízio de pequenos grupos, durante um mês nos 5º e 6º anos.

As disciplinas, ministradas por aproximadamente quatrocentos e quarenta (440) docentes — com alto teor tecnológico pouco ou nenhum espaço dispõem para propostas reflexivas junto aos alunos que, a partir do 4º ano desempenham atividades assistenciais e obedecem uma escala de plantão no hospital escola, num rígido esquema disciplinar.

Segundo LOBROT, no que diz respeito à questão da autoridade, “o indivíduo é a resultante de suas vivências” e, continua o autor, “a obediência e o trabalho forçado têm, antes de tudo, uma significação experiencial: é a maneira pela qual o indivíduo vive a relação com os outros e com o saber. Por isso os jesuítas, formadores da classe dominante no antigo regime, insistiam especialmente sobre isso. As classes dominantes sempre foram, em todas as épocas, mais rigorosas, em suas exigências de obediência para com os filhos do que para com os servidores e súditos. Elas conhecem bem o valor “formador” desta obediência e sua utilidade para as classes exploradoras. Sabem que a obediência impede qualquer relação de amizade, de colaboração, de comunicação entre adultos e jovens e que interessa manter esse distanciamento. Isso é muito mais importante para formar uma *personalidade autoritária* (grifo nosso) do que dar exemplo da autoridade”⁽⁷¹⁾.

(71) LOBROT, M. A favor ou contra a autoridade. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. p.08.

Os textos de história da Medicina no Brasil relatam que os padres jesuítas chegaram a Bahia em 1549, integrando o séquito de Tomé de Souza, Primeiro Governador Geral do Brasil. Grande foi a atuação dos jesuítas nos dois séculos que aqui permaneceram, até sua expulsão pelo Marquês de Pombal. Além dos jesuítas, vieram também alguns físicos ou licenciados no campo da Medicina.

Como parte da catequização dos índios os “padres jesuítas moveram contra os pajés tenaz campanha de descrédito. Escarneceram dos apregoados poderes sobrenaturais e terminaram por desmoralizá-los. O jesuíta insinuou-se junto ao aborígene e substituiu o pajé até mesmo como curador⁽⁷²⁾, utilizando, entretanto, muitas plantas medicinais nativas, também manipuladas pelos indígenas com bons resultados, que foram por ele incorporadas ao seu conhecimento empírico e mais tarde à farmacopéia mundial.

Deve ser ressaltado que os jesuítas haviam sido formados na Europa, onde adquiriram práticas para socorro médico de urgência e, “nos anos de catequese o jesuíta medicou, lancetou, sangrou e até partejou — especialmente José de Anchieta e Manoel da Nóbrega — que deram à Companhia de Jesus um dos maiores tributos de glória, qual seja, o de haver proporcionado o socorro médico, não somente ao indígena, como a todos os demais habitantes, aos colonizadores e aos negros escravos⁽⁷³⁾. As enfermarias e as boticas, que possuíam em seus estabelecimentos de ensino ou colégios, puderam suprir, por muito tempo, a todos os habitantes, incluindo os governadores-gerais e seus familiares.

(72) SANTOS, L.F. Pequena História da Medicina Brasileira. São Paulo, Coleção Buriti, 1966. p.46.

(73) SANTOS, L.F. Op. Cit., pp.46-47.

Os jesuítas trouxeram para a prática médica as mesmas características e métodos autoritários que introduziram no ensino no Brasil e que permanecem até hoje. Como haveria profissionais da saúde exercendo autoritariamente sua competência profissional se não fossem formados num sistema de absoluta rigidez?

Em trabalhos de alunos do primeiro ano médico lê-se: (...) *“as pessoas não precisam apenas de poções medicamentosas, precisam de estrutura de vida digna do ser humano; não só de palavras e receitas, mas de condições viáveis para seguir o dito e o prescrito”*.

(...) *“que a Medicina atue na cura com justiça pois é muito triste, humilhante e revoltante o comércio da saúde”*.

Mas, encontra-se também, em textos de alunos do 4º ano médico o seguinte: *“Para que o estudante possa percorrer seu caminho e concretizar seu sonho, muitas concessões devem ser feitas por ele; deve aprender a esquecer de si mesmo em nome de sua paixão, necessidades vitais como o sono muitas vezes têm que ser anuladas para serem substituídas por aquela preparação para um grande encontro: aluno-prova. Pessoas de sua convivência tornam-se gradativamente mais distantes, às vezes chegando ao máximo do estudante se sentir um estranho em sua própria casa, tamanho é o tempo que este passa na escola e o tempo despendido em horas de estudo, o que contribui para que a situação psicológica do estudante se agrave”*.

A mudança de comportamento, a diferença no discurso do estudante e do profissional de Medicina são estruturados na universidade. Ela é responsável pelo abandono da paixão, pelo rompimento do vínculo com a dor e o sofrimento humano sem qualquer interesse econômico

e que estão presentes nos alunos de Medicina quando do seu ingresso na universidade, mas que vai se esmaecendo com o passar do tempo até que, no 6º ano, já esteja estruturado um discurso científico-tecnológico, despido de qualquer traço de humanidade para consigo e para com o doente.

“A universidade de hoje prepara o médico que vai exercer a profissão no próximo século. As formas tradicionais de ensino estão sendo abaladas, contestadas nos seus fundamentos e fins, cabendo à geração atual de alunos e professores, a responsabilidade de fugir aos métodos convencionais aplicados na formação do médico e desenvolver a capacidade de bem pensar para conduzir-se com êxito”⁽⁷⁴⁾.

1.3 - O Ensino da Ética Médica

“**A**s principais questões no campo moderno da ética de atendimento à saúde, surgiram durante a segunda metade do século XX, em grande parte como resposta

(74) MORAES, I.N. Editorial Carisma - formação do médico, Vol. I Nº. 2, São Paulo, 1980. p.1.

aos problemas morais e demandas sociais estabelecidas pela eficácia do atendimento médico”(75).

O Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), recentemente passou a exigir uma agenda do ensino da Bioética que incluía a responsabilidade de “identificar certos princípios éticos fundamentais que promovam os direitos humanos e o bem-estar, que possam ser aplicados em todas as culturas”(76). No entanto, na maioria das escolas médicas, o ensino da ética no atendimento à saúde, têm ocupado um espaço periférico no currículo, embora a prática diária da Medicina esteja calcada em valores humanos. A ética, quando ensinada isoladamente, como disciplina estanque, pode levar à falsa crença de que as questões morais ocorrem somente em ocasiões especiais e principalmente na prática terciária da Medicina.

Nos anos de 1985 e 1992, dois competentes levantamentos foram realizados com a finalidade de conhecer a realidade do ensino da Ética Médica nos cursos de graduação das Faculdades de Medicina do Brasil. Foram executados, respectivamente, pelos Drs. MELLO, N.S. e COL. (1985) e MEIRA A.R. e Dra. CUNHA, M.M.S. (1992), obedecendo a mesma metodologia e se diferenciando quanto à estratégia: enquanto os primeiros enviaram seus formulários às escolas médicas, os últimos realizaram contatos pessoais ou telefônicos.

(75) MENKEN, M. Ética no ensino e na aprendizagem. In: Ponto e Vírgula – Boletim do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica. Nº 38, São Paulo – USP, outubro de 1996. p.6.

(76) Boletim do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas CIOMS

Um traçado comparativo entre os resultados destes trabalhos permite que se verifique a trajetória que vem sendo seguida pelas escolas médicas em relação à disciplina de Ética Médica:

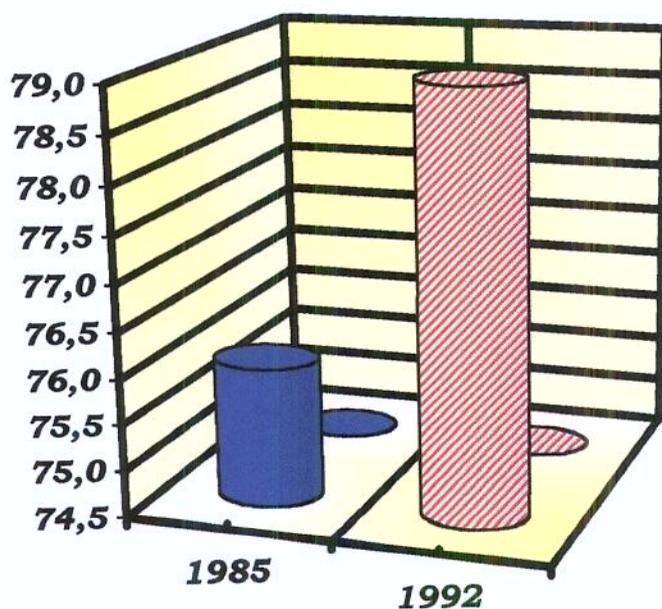
- 1 . **A criação de três novas escolas médicas** no período de **sete (7) anos** compreendidos entre os dois levantamentos (1985 - 1992), apesar dos apelos dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina ao Ministério de Educação e Cultura no sentido de evitar a criação de novas escolas médicas, objetivando a melhoria da qualidade de ensino e formação dos alunos. A criação de três faculdades significa um acréscimo de, aproximadamente, 3% no total de escolas. Apenas no Estado de São Paulo são formados anualmente cerca de 990 médicos nas 11 escolas em funcionamento. Com o processo de socialização do trabalho médico, quando mais de 60% dos médicos são assalariados (Conselho Federal de Medicina), em breve não haverá mercado para absorver esta mão de obra, nem será possível controlar o exercício profissional; apenas o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo recebe uma média de três denúncias por dia.

I Distribuição quanto ao número de escolas médicas no Brasil.

TABELA I

Ano	Escolas Médicas
1985	76
1992	79

GRÁFICO I



2. Quanto à **existência** da Disciplina de Ética Médica, o que se verifica é um **decréscimo**. No período de sete anos diminuiu o número de escolas médicas que mantêm a disciplina de Ética em qualquer um de seus

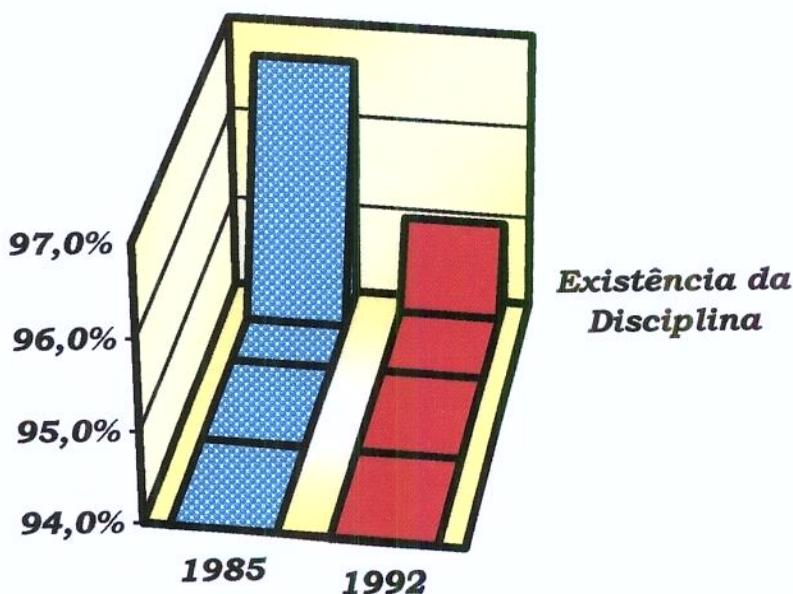
Departamentos.

II Distribuição quanto à presença da disciplina de Ética Médica no elenco de disciplinas das escolas médicas.

TABELA II

Ano	% De Escolas Que Mantêm A Disciplina
1985	96,60%
1992	94,90%

GRÁFICO II



3. **H**ouve uma diminuição do número de Faculdades que possuíam o curso de Ética Médica como disciplina autônoma. Dentre as escolas que mantinham a disciplina de Ética Médica como disciplina autônoma, cerca de 30% perdeu a autonomia sendo acoplada a outras disciplinas. O modelo biomédico científico-tecnológico não faz concessão, o importante é o treinamento na manipulação

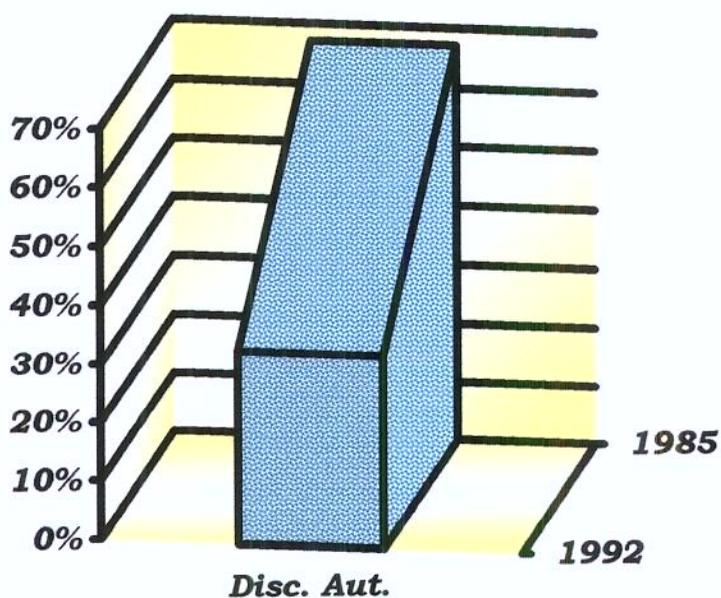
de tecnologia de última geração; não há espaço para disciplinas reflexivas e formativas.

III Distribuição quanto à autonomia da disciplina de Ética Médica.

TABELA III

Disciplina	1985	1992
Autônoma	67%	33%
Não Autônoma	33%	67%

GRÁFICO III



4. No que diz respeito à **carga horária da disciplina**, esta

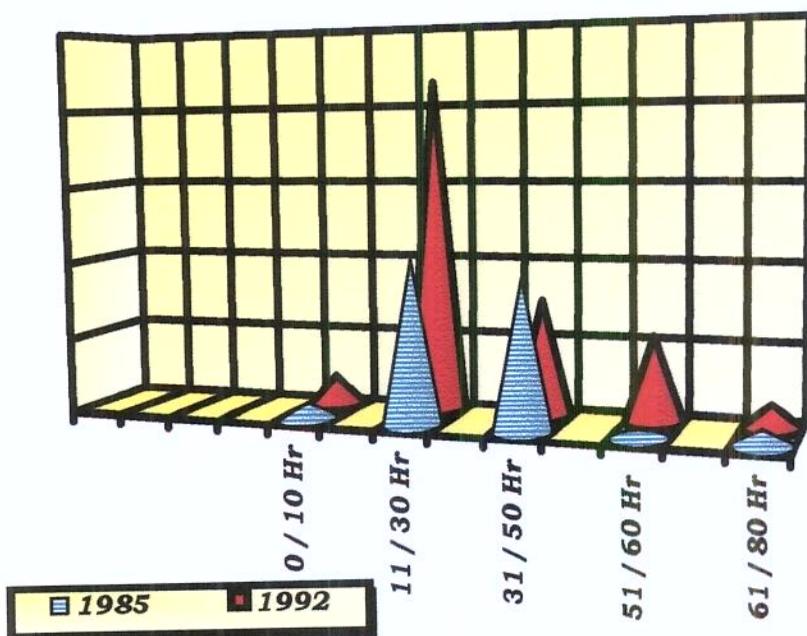
continua **concentrada** na faixa de 11 (onze) a 50 (cinquenta) horas/aula.

**IV Distribuição quanto à carga horária da disciplina de
Ética Médica.**

TABELA IV

	Faixa Da Carga Horária da Disciplina				
	0 - 10 h.	11 - 30 h.	31 - 50 h.	51 - 60 h.	61 - 80 h.
1985	2 esc.	21 esc.	19 esc.	0 esc.	2 esc.
1992	4 esc.	43 esc.	15 esc.	11 esc.	3 esc.

GRÁFICO IV



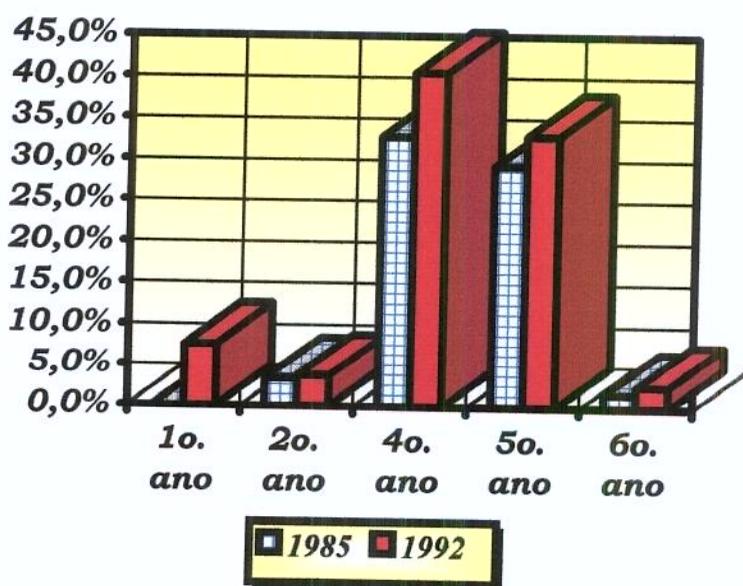
5. A disciplina de Ética Médica continuou **concentrada** nos 3^{os}, 4^{os} e 5^{os} anos médicos, embora tenha havido uma maior concentração nos primeiros anos do curso.

V Distribuição quanto à alocação da disciplina na grade curricular das escolas médicas.

TABELA V

	1985	1992
1º ANO	0,0%	2,6%
2º ANO	3,4%	39,9%
3º ANO	19,0%	40,5%
4º ANO	32,8%	12,6%
5º ANO	29,3%	3,8%
6º ANO	1,7%	7,6%

GRÁFICO V



6. O número de docentes de Ética Médica é espantosamente reduzido em ambos os levantamentos. Em cerca de 40% das escolas médicas há apenas um ou dois professores de Ética os quais, além das aulas programadas, devem assessorar alunos e docentes nas situações cruciais e polêmicas com as quais

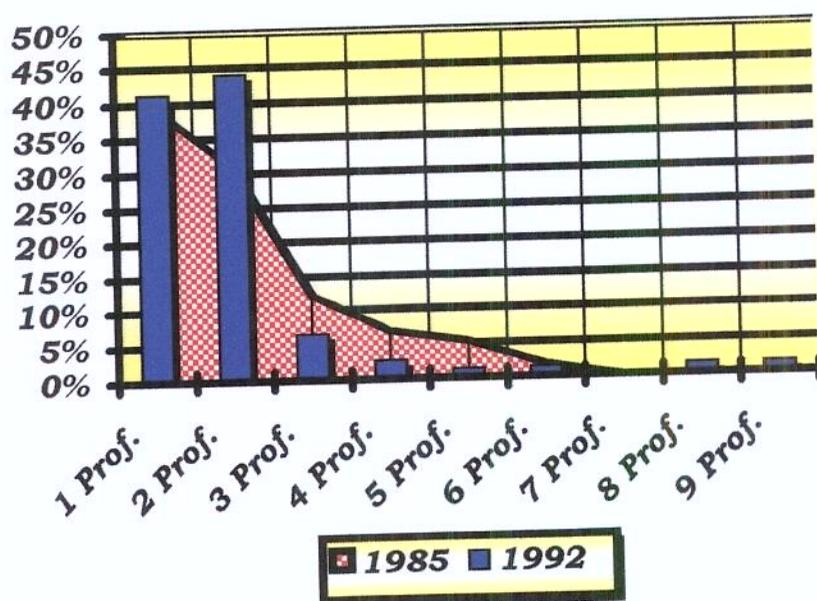
estes se defrontam diariamente no exercício da Medicina, especialmente num hospital-escola.

VI Distribuição quanto à frequência de professores de ética nas escolas médicas.

TABELA VI

	1985	1992
1 Prof.	39,7%	41,3%
2 Profs.	31,0%	44,0%
3 Profs.	12,1%	7%
4 Profs.	6,9%	2,6%
5 Profs.	5,2%	1,3%
6 Profs.	1,7%	1,4%
7 Profs.	0,0%	0,0%
8 Profs.	0,0%	1,4%
9 Profs.	0,0%	1,4%

GRÁFICO VI



2. O Horizonte da Bioética

O termo Bioética surgiu recentemente resultante da composição de raiz grega bios (vida) e ethos (ética), as quais não se colocam como justaposição mas como interação.

Alguns autores colocam o nascimento da Bioética, ainda que não com esta denominação, nos dias que se seguiram ao julgamento de Nuremberg (1946). A revelação da barbárie criada por Hitler e seus seguidores, assentada no desprezo pela pessoa e numa ciência falsa, os crimes cometidos por médicos nazistas em relação a prisioneiros, utilizando-os como cobaias humanas em horríveis experimentações, determinou o surgimento de duas vertentes de pensamento na busca de proteção à vida, vinculadas à questão dos direitos humanos. Uma destas vertentes tinha aspecto jurídico e a outra, de natureza filosófica, buscava fundamentação ética e racional para tais direitos.

A “Declaração Universal dos Direitos do Homem” e outras tantas Cartas e Recomendações foram derivadas desse momento histórico, que determinou, também, a revisão dos códigos deontológicos.

O “poder” da ciência e da tecnologia sobre a vida humana, crescendo de forma assustadora, colocou problemas filosóficos que jamais foram, nem serão, respondidos por uma abordagem deontológica da prática biomédica.

Rensselaer POTTER⁽⁷⁷⁾, biólogo e oncologista, da Universidade de Wisconsin, Madison, EUA, foi o primeiro a usar o termo Bioética, como título de um livro (Bioética: a ponte para o futuro), significando o conteúdo de um novo ramo do saber. Para POTTER a Bioética era dotada de macro abrangência, envolvendo a ecologia e marcada por uma visão holística.

Foi o obstetra, fisiologista fetal e demógrafo holandês Andre Hellegers, da Universidade de Georgetown, quem usou o termo Bioética aplicado à ética na Medicina e nas ciências biológicas quando, em julho de 1971 fundou o Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study on Human Reproduction of Bioethics. Acreditava ele que a Bioética se dirigia especialmente às biociências humanas, ao ser humano.

“De Potter e de Hellegers para cá, a Bioética recebeu muitos aportes teóricos e passou por várias transformações, mas a interface da Bioética com a Medicina e as religiões é muito forte e antiga no que concerne à moralidade da prática médica e das religiões, e isso tem causado grande confusão.

(77) POTTER, V.R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Printice-Hall, 1971.

(...) A ética médica trata do fazer profissional, da relação profissional da medicina-clientela e da moralidade das pesquisas no cotidiano. Religião é uma questão de fé. É direito fundamental da pessoa poder ter ou não uma religião, e é uma questão de seu foro íntimo seguir a moralidade de sua religião ou não. A Bioética refere-se aos assuntos gerais da saúde, da pesquisa à qualidade do atendimento nas instituições, da atenção profissional até as definições das pesquisas. Ou seja, trabalha com o cotidiano e as perspectivas de futuro⁽⁷⁸⁾.

Consiste na fundamentação das ciências biológicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Há quem tente limitá-la à área da atividade médica o que a converteria apenas num novo termo para expressar o velho conceito de ética médica.

Os fatos biológicos, os avanços tecnocientíficos da Biologia têm uma indiscutível repercussão nos valores éticos que pré-supõem uma orientação no sentido de promover a qualidade de vida individual, social e ambiental. No entanto, o momento de maior problematização para a Bioética é, sem dúvida, aquele vivenciado pela prática médica.

O conteúdo da Bioética vai além da moral médica e da ética ambiental. A *Encyclopedia of Bioethics* (1978)⁽⁷⁹⁾ a define como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e do cuidado com a saúde,

(78) OLIVEIRA, F. Bioética — uma face da cidadania. São Paulo: Moderna 1997. p.21.

(79) Encyclopedia of Bioethics. New York: Free Press, 1978.

enquanto dita condutas à luz dos valores e dos princípios morais. Portanto ela é um ramo ou subdisciplina da Ética de quem recebe o estatuto epistemológico básico e com quem mantém relações de dependência orientadora, proporcionando uma abordagem teórica especial para problemas éticos relacionados à vida humana.

Sua realidade prática é fornecida pelas ciências da vida como a Biologia, a Medicina, a Antropologia, a Sociologia. Suas análises são feitas mediante metodologia transdisciplinar da ciência, Direito, Política e outras.

Os problemas morais da biomedicina vêm sendo orientados, desde a muito tempo, pela moral religiosa e códigos deontológicos. Apesar dos aspectos positivos que estas abordagens possam, eventualmente, ter oferecido, a Bioética se configura pela desconessionalização da ética, ao mesmo tempo em que a liberta dos grilhões dos códigos deontológicos.

A profissão médica tem formulado códigos desde épocas remotas como o juramento hipocrático, o qual originou-se na ilha grega de Cós, no IV século antes de Cristo.

Códigos profissionais modernos são derivados do código de Thomas Percival, datado de 1797 e que, originalmente, foi escrito para acalmar uma disputa em Manchester, Inglaterra, entre três grupos de médicos especialista (cirurgiões, clínicos e farmacêuticos). Ele continha normas sobre os deveres dos médicos entre si, para com os doentes e a sociedade, bem como os deveres dos enfermos para com os médicos e da sociedade para com eles. Na verdade, os códigos deontológicos, ainda que profissionais, obedecem e refletem interesses políticos circunstanciais. Está distante de atender às

questões da amplitude daquelas tratadas pela Medicina.

“Os . . . Códigos Deontológicos são inibidores da reflexão e da crítica responsável, atendendo muito mais a um sentimento corporativo do que ao princípio da defesa social. (...) São lineares em princípios e herméticos ao entendimento da sociedade, necessitando de uma flexibilização nos seus enunciados que permita agregá-lo a outros referenciais como os da Bioética não devendo isoladamente, serem utilizados como instrumento único no julgamento de ações profissionais”⁽⁸⁰⁾.

A Bioética situa-se no terreno filosófico, na busca de paradigmas racionais, compartilhados por todas as pessoas, portanto secularizados. Busca o mínimo moral comum a uma sociedade pluralista e secular, a partir da convergência das diversas opiniões e projetos morais da sociedade.

O processo histórico de surgimento e desenvolvimento da Bioética nos países europeus e anglo-americanos ocorreu de forma diversa, sendo que, nos primeiros, a Bioética foi compreendida como uma disciplina filosófica de abordagem transdisciplinar. O bioeticista na Europa trata do fundamento do agir humano, dos princípios morais que determinaram a ação, diferentemente do que ocorreu nos países anglo-americanos, onde os profissionais de Bioética puderam se deter no estabelecimento de normas e regras na condução de uma ação moral.

(80) SCLEMPER, B.R. Jr., e outros Código de Ética dos profissionais da saúde à luz da Bioética. In: Sociedade Brasileira de Bioética, Seminários de Bioética. Botucatu, 1997. pp. 21-22.

Nos Estados Unidos da América podem ser elencados vários modelos⁽⁸¹⁾ de análise teórica para fundamentação da Bioética. São eles:

- Modelo Principlista: Os princípios da beneficência, justiça e autonomia são os norteadores das decisões. Aplica-se com excelentes resultados à prática clínica⁽⁸²⁾;
- Modelo Contratualista: Fundamenta-se num contrato triplice, estabelecido entre médico e enfermo, médico e princípios orientadores da relação médico↔doente e entre médico e sociedade⁽⁸³⁾;
- Modelo do Cuidado: Seu embasamento provém mais na Psicologia do que na Filosofia⁽⁸⁴⁾;
- Modelo da Virtude: Aponta para o despertar das virtudes dos profissionais da saúde⁽⁸⁵⁾;

(81) Os principais representantes desses Modelos são:

(82) Principlista — BEAUCHAMP, T.L. and CHILDRESS, J.F. Principles of Bioethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1983.

(83) Contratualista — VEATCH, R.M., Bioethics and philosophy of science. The Journal of medicine and philosophy, Vol. 19, Nº 1, fev., 1994.

(84) Do Cuidado — GILLIGAN,

(85) Da Virtude — PELLEGRINO, E.D. & THOMASMA, D.C., A Philosophical Basic of Medical Ethics. New York: Oxford University Press, 1981.

- Modelo Libertário: Voltado para a autonomia presente no liberalismo americano⁽⁸⁶⁾;
- Modelo Casuístico: Voltado para o estudo e análise de cada caso, não se baseando em princípios⁽⁸⁷⁾;
- Modelo Contemporâneo: Estabelece bens fundamentais em si mesmos, como o conhecimento, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade, a vida estética e a vida lúdica⁽⁸⁸⁾.

O modelo europeu é denominado personalista, desenvolveu-se com profundas raízes da Filosofia contemporânea européia. Fundamenta-se na dignidade universal da pessoa como valor absoluto, direciona a pessoa para o centro das ações e decisões. Tendo a pessoa como centro, esse modelo fundamenta-se na Antropologia e na reflexão harmoniosa entre teoria e prática.

No Brasil percebe-se, tanto no ensino quanto na produção científica, a Bioética fundamentada nos modelos principialista anglo-americano e personalista europeu, além de “uma contribuição com características próprias e que

(86) Libertário — ENGELHARDT, H.T. Los fundamentos de la bioética. México: Paidós, 1995.

(87) Casuístico — JONSEN E TOULMIN

(88) Contemporâneo — FINNIS, J. Natural law and natural rights. London: Oxford University Press, 1980.

traduzem uma reflexão bioética específica sobre problemas e conflitos éticos, mais brasileiros que universais. Estes problemas e conflitos vêm sendo denominados de Bioética do Cotidiano e resultam, sobretudo, das desigualdades sociais estabelecidas. Nesta linha de reflexão, a contribuição conjunta do princípio da justiça, advindo do principialismo norte-americano, e da fundamentação personalista advindo da Bioética européia, oferece os argumentos necessários para análise: a) da pobreza incapacitante; b) das diversas formas de exclusão social; c) da distribuição de bens públicos em educação e saúde; d) da atenção à cidadania entre outros⁽⁸⁹⁾.

Na sociedade em que todos os indivíduos são agentes morais autônomos as relações interpessoais, e as relações médicas, serão conflituosa. Os conflitos presentes nas relações médico↔enfermo, são derivadas, principalmente, do fato de haver, nesta relação, permanentemente, três dimensões bioéticas, cada qual com um significado moral específico. O enfermo é guiado pelo princípio da **autonomia**; o médico e a família do enfermo pelo da **beneficência** e a *sociedade* (direção do hospital, seguro saúde e o juiz) pelo princípio de **justiça**. Esta circunstância se mostra essencial para que se cumpra objetivos relacionados ao atendimento à saúde das pessoas. Grave seria a situação se, por exemplo, o doente abrisse mão de sua autonomia ou sua família agisse segundo a justiça. Os princípios se completam e nunca será possível respeitar completamente apenas a um deles. A beneficência, por exemplo, só pode ser cumprida se o doente agir com autonomia, puder informar ao médico sua vontade, o que se constitui num bem para ele.

(89) VALVASORI, A. E OUTROS O ensino da bioética (graduação, pós graduação, extensão). In: Seminários de Bioética, Sociedade Brasileira de Bioética, Botucatu, 1997. p.32.

Mas, em que consiste, objetivamente, os princípios de Bioética?

Eles são referenciais práticos, princípios norteadores da conduta ética em relação à vida, abrangendo, portanto, o corpo e a morte.

Os três princípios funcionam como deveres primários, devem ser ponderados a cada situação concreta, respeitados, escrupulosamente, cada um deles, com extrema precaução e discernimento fundamentados racionalmente.

Como critério de fundamentação não pode ser esquecido o fato de ser a Medicina uma **disciplina de meio, não de fim**. Os fins atingidos absolutamente não justificam os meios quando estes contiverem valores maiores para o indivíduo, a sociedade ou para a própria Medicina que, desde sempre, se propôs ao bem estar do enfermo, a aliviar as dores e a curar quando possível mas, nunca se colocou, enquanto disciplina, acima da dignidade humana.

A idéia de dignidade tem sentido inseparável da liberdade uma vez que ambas não são fatos a serem constatados, mas valores a serem reconhecidos, que vão além das extremidades da pessoa, do simples dever, são requisitos de uma consciência civilizada⁽⁹⁰⁾.

(90) BERNARD, J. Op. cit.

O princípio de **autonomia** e respeito à pessoa pontua que todo ser humano tem o direito de escolher responsabilmente seus atos, portanto, aos profissionais e serviços de saúde cabe respeitar a vontade e os valores morais e religiosos de cada pessoa ou de seu representante legal. Todo ato impositivo, autoritário, significa o rompimento da inviolabilidade da pessoa humana.

O termo autonomia é derivado do grego *autos* (eu, próprio) e *nomos* (norma, regra, governo, domínio). Trata, portanto da possibilidade de auto-governar-se, de optar, estando diretamente ligada à liberdade. É num ambiente de liberdade que floresce a possibilidade de opção, de autodeterminação, de autonomia.

“Ser autônomo e escolher autonomamente não são a mesma coisa que o respeito a um sujeito autônomo. O respeito a um agente autônomo é reconhecer que existem capacidades e perspectivas pessoais, incluindo o direito dele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em valores e crenças pessoais. Esse respeito à autonomia envolve considerar o agente e capacitá-lo a agir autonomamente. É o verdadeiro respeito, incluindo a ação de respeitar, não mera adoção de um certo princípio”⁽⁹¹⁾.

A liberdade e a opção (livre) para uma determinada finalidade estruturam um campo de relação que é o alicerce da autonomia. Portanto, ações autônomas excluem o constrangimento de outrem, implicam na não-interferência e

(91) COHEN, C.; MARCOLINO, J.A. Relação médico-paciente. In: SEGRE, M., e COHEN, C. (Org.) Bioética. São Paulo: Edusp, 1995. p.55.

estão relacionadas às condições impostas pelos outros dois princípios de Bioética⁽⁹²⁾.

Na relação médico↔enfermo, a autonomia é condicionada pelas possibilidades do doente de agir autonomamente. Quando se trata de uma criança ou dependente de drogas, de pessoa demenciada ou em coma, em estado confusional ou sob coação e outras tantas circunstâncias que limitam as oportunidades de escolha, restringem o uso da liberdade e inviabilizam a autonomia é, então, o momento da beneficência. Os profissionais de saúde ou os responsáveis pelo doente agirão em seu benefício segundo critérios próprios, até que ele recupere ou ganhe condições de livre escolha.

O princípio de **beneficência**, embora seja o critério ético mais antigo da prática médica⁽⁹³⁾ mostra-se atualíssimo quando considerado não apenas como “não causar dano” mas como “fazer o bem” ao doente⁽⁹⁴⁾.

(92) COHEN, C.; MARCOLINO, J.A. Op. Cit. pp.56-57.

(93) No Juramento de Hipócrates lê-se: “Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja. A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição (...). Na casa onde eu for, entrarei apenas pelo bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário, de toda sedução.”

(94) Código de Ética Médica: Art. 2º. “O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. Art. 6º. “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente...” Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1988.

Os avanços tecnológicos e científicos permitem intervenções médicas com baixo risco para o doente, bem como, procedimentos que não causam qualquer dano; no entanto, faz-se necessário que esses procedimentos e intervenções ocorram apenas quando trouxerem benefício, forem necessários e, principalmente, autorizados pelo enfermo. Não basta não causar dano, é necessário promover o bem.

É o princípio de autonomia que não permite ao profissional de saúde definir *pelo* doente o que se constitui em Bem. As posturas paternalistas e morais dos profissionais de saúde não encontram respaldo nas sociedades democráticas onde a pluralidade é respeitada. Desde 1988, o Código de Ética Médica aponta para a autonomia do doente e do médico, privilegiando a pessoa doente em quase todos os seus artigos, apenas fazendo exceção para ambos, quando houver risco iminente de vida⁽⁹⁵⁾.

O princípio de **justiça** trata da distribuição dos serviços de saúde. Assim como a autonomia e a beneficência, é inseparável da consciência de cidadania, do direito à vida, à saúde e ao atendimento médico.

A justa distribuição dos benefícios dos serviços de saúde no Brasil é parte integrante de um processo de igualdade social. Não basta garantir o acesso aos profissionais

(95) Código de Ética Médica: Art.7º. "O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem não deseje, salvo na ausência de outro médico ...". É vedado ao médico: Art.56º. "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em iminente perigo de vida". Conselho Federal de Medicina Brasília, 1988.

de saúde, é necessário que isso ocorra de forma justa, sem discriminação social.

Apenas a humanização do processo de formação dos profissionais de saúde pode, garantir o tratamento humanizado a todos os doentes que buscam ajuda médica.

Na área de saúde, mais do que em qualquer outra atividade humana é verdadeira a afirmativa marxista: “deve-se exigir de cada um segundo a sua capacidade e a ele dar, segundo suas necessidades”⁽⁹⁶⁾. No entanto, o que se assiste não é o cumprimento desse conceito de justiça. Estariam sendo consideradas as necessidades de cada um quando as pessoas são atendidas em um pronto socorro segundo a ordem de chegada, salvo casos gravíssimos? E as manobras de reanimação, quando são usadas? São feitas com a mesma intensidade em um ladrão baleado e num médico?

Cada ciência é respeitada na sua autonomia e considerada na sua orientação antropológica, portanto, não se faz, em Bioética, “uma moral exclusivamente dedutiva, nem a ciência é separada da ética, mas uma convoca a outra em torno do valor da pessoa”⁽⁹⁷⁾. Assim, todas as questões de Bioética são compreendidas no seu significado pleno, para que se possa avaliar as intervenções sobre a vida da pessoa humana.

(96) GRACIA, D. Qué es un sistema justo de servicios de salud: principios para La Asignación de Recursos Escasos. In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.108, 1986. pp. 570-585.

(97) SGRECCIA, E. Bioética: manuale per medici e biologi. Milano: Vita e Pensiero, 1987. p.184.

“Assim considerada, a Bioética chega a distinguir-se e a confrontar-se com a deontologia, com a medicina legal, com a teologia moral, sem, porém, confundir-se com estas disciplinas que têm sua ótica dos próprios pontos de referência e dos âmbitos, não necessariamente coincidentes.

(...) fácil e compreensível é a distinção-conexão com a medicina legal; esta disciplina é chamada para examinar a relação entre o ato médico e a lei civil ou penal, enquanto a Bioética se confronta com o homem todo e com todos os valores da pessoa”⁽⁹⁸⁾.

Muitos valores éticos são pressupostos pela deontologia médica, no entanto, ela delimita seu âmbito de atuação às normas escritas, aos códigos deontológicos reguladores das profissões. O que fundamenta a deontologia, o que lhe fornece juízo de valor, justificação filosófica não casuística é a Bioética, embora, nem sempre os códigos sejam efetivamente representativos das instâncias reflexivas da Bioética.

A Bioética trabalha com a categoria axiológica, refere-se ao valor “enquanto algo significativo, necessariamente presente à vida humana, ao mesmo tempo *determinante e determinado* pelo processo humano de existir”⁽⁹⁹⁾.

(98) SGRECCIA, E. Op. Cit. p.192.

(99) SILVA, S.A.I. Valores em educação: o problema da compreensão e da operacionalização dos valores na prática educativa. Petrópolis: 2 ed., 1988. p. 127.

Considerada a valoração como resultante da vivência humana, ela é sempre uma experiência concreta; refere-se a uma dada situação e não termina com o estabelecimento dos valores, mas torna-se um chamamento a novos atos de criação. É um esforço do homem de transformação, de conversão daquilo *que é*, no *que deve ser*.

Assim, a universidade que abriga jovens em formação e especialmente as escolas médicas, que os colocam em contato com questões fundamentais da existência humana e suas situações limite como a doença, o sofrimento, a dor e a morte, têm por obrigação moral, implícita no ato de educar, abrigar esses alunos como pessoas, facilitando seu processo de amadurecimento além da aquisição do conhecimento e seu compromisso com o outro além dos procedimentos tecnológicos. “Um jovem, na sua imaturidade, pode adentrar os estudos superiores com o único fito de ser engenheiro, cientista de computação ou advogado; mas a universidade tem de ser madura o suficiente para desejar fazer desse jovem uma pessoa profissional e humanamente enriquecida”⁽¹⁰⁰⁾.

(100) MORAIS, J.F.R. A universidade desafiada. p.48.

2.1 - A Presença da Pessoa no Ensino Médico

Será inexecutável um projeto de atenção médica que desconsidere o ser humano enquanto pessoa e, se o aluno do curso médico não for tratado como pessoa.

Os projetos pedagógicos negam a pessoa do aluno, embora todos os docentes das escolas médicas saibam das dificuldades encontradas pelos estudantes, e que estas vão além de um lugar para morar, o distanciamento da família e a nova convivência na universidade.

Essas dificuldades dizem respeito diretamente à questão do existir humano. A manipulação de cadáveres divididos em “peças” ou partes, acontecendo no primeiro ano da escola médica; a divisão entre o Instituto de Biologia e a Faculdade de Ciências Médicas, ora os alunos dos 1º e 2º anos são alunos da Biologia, ora são da Medicina; têm mais contato com os alunos do curso de Biologia do que com os da Medicina mas são “estranhos” àquele grupo; vão para o hospital-escola entrar em contato com os corpos dos doentes, quando, devido à idade em que se encontram, não têm consciência do próprio corpo o qual, ainda nem terminou seu processo de amadurecimento.

As propostas de ensino da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, bem como de outras escolas médicas do Brasil, especialmente as públicas, apresentam, ideologicamente, um conteúdo imenso dividido em cerca de

sessenta e seis disciplinas que ocupam dois períodos do dia.

Essas disciplinas — ministradas por aproximadamente quatrocentos e quarenta docentes — com alto teor tecnológico pouco ou nenhum espaço dispõem para propostas reflexivas junto aos alunos que, a partir do 4º ano desempenham atividades assistenciais e obedecem escalas de plantão no hospital-escola tutelados por alunos do 5º ano, esses, por sua vez, tutelados pelos de 6º. ano e assim sucessivamente passando pelos residentes de 1º., 2º. e 3º. anos e, finalmente o docente. Essa hierarquia paternalista, à semelhança da hierarquia militar, concretiza o processo de ensino iniciado no primeiro ano acadêmico.

Ao aluno não é dada a oportunidade de debater, criticar, emitir suas opiniões, pensar. Na verdade trata-se de um modelo de ensino paternalista, portanto autoritário, que desconsidera a autonomia.

Como poderá um médico respeitar a autonomia da pessoa doente se, durante sua formação, não lhe foi dado o direito de escolha, a liberdade de ação, a possibilidade de opção e, assim, assumir responsabilidades.

A única alternativa que se apresenta ao aluno da escola médica e ao profissional médico é “usar o melhor do progresso científico em benefício do doente”⁽¹⁰¹⁾. Posto está, portanto, que o Bem para a pessoa enferma está no progresso científico. Uma vez que, esse conhecimento pertence apenas ao

(101) Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1988.

médico, a ele compete determinar o que é Bem para o doente e agir independentemente da vontade do enfermo, visto como um ser alienado do que se constitui em benefício para si mesmo. Observa-se um esforço por manter o médico agente-moral, aquele de determina o Bem e o Mal em relação à vida de uma pessoa, alicerçado em conhecimentos tecno-científicos.

O médico agente-moral desempenha esse papel em relação ao doente e, em relação à tecno-ciência ele é apenas um reprodutor do modelo biomédico importado especialmente da América do Norte, que determina suas condutas, em uma abordagem individualista da doença e do doente, o que permite o consumo de tecnologias de última geração.

Professores e médicos contratados que atuam na educação médica não tiveram em sua formação a oportunidade de uma visão crítica da Medicina oficial, da sua escola e de si mesmos enquanto profissionais e enquanto pessoas no mundo. Convém acrescentar que a maioria desses professores foram formados em plena ditadura (pós-1964) que os condenou ao silêncio conveniente e cúmplice, e do qual não se desvencilharam até hoje. Essa experiência pessoal, despida de autonomia, é transferida para seus alunos tal qual vivenciaram.

“O universitário brasileiro, respeitadas as exceções, sempre espera que todos os aspectos da qualidade dos cursos que fazem dependam dos seus professores; mais do que isso: vindos de cursinhos nos quais as aulas preparativas para o vestibular são autênticos espetáculos de comunicação, nosso universitário entra nas aulas de sua faculdade esperando professores igualmente espetaculosos, os quais lhe apresentem um falso mundo envolvido pelos “poderes” docentes. Isso é paternalismo. Este é o prolongamento desejado de uma relação paternalista. E como nisso parece-me residir um equívoco relacional que, mormente na educação superior, é um absurdo

...”⁽¹⁰²⁾.

Esse paternalismo tirano leva os alunos à impossibilidade de tomar decisões; chegam a solicitar dos professores o “favor” de subdividi-los em dois grupos uma vez que não conseguem fazer isto sozinhos ou não “exagerar na autonomia” deixando que eles marquem o dia para a apresentação de um seminário. Pedem que o professor marque as datas, surpreendem-se quando lhes é dado emitir sua opinião, e jamais questionam uma nota nem o critério de não lhes dar acesso às provas. São dóceis ao cumprimento das normas. De fato são pequenos déspotas em formação que agirão sobre seus alunos e doentes.

“Nada pode ser mais precioso para um homem ou uma mulher do que, com lúcida gratidão pelas orientações recebidas de seus mestres, poder olhar de frente para a sua vida e constatar: ‘Eu venci os menores e os maiores obstáculos do meu trajeto profissional. Assim que, sinto-me com toda aptidão para continuar vencendo’. E, com certeza, os institutos e faculdades das universidades brasileiras necessitam dessa reflexão, a fim de que não prossigam subestimando o potencial discente e cultivando paternalismos absurdos no 3º grau”⁽¹⁰³⁾.

“Toda proteção excessiva esconde traços de tirania. E as universidades devem, ao menos, estimular seus alunos à paixão pela liberdade de buscas e escolhas”⁽¹⁰⁴⁾.

(102) MORAIS, J.F.R. Op. Cit. p.56.

(103) MORAIS, J.F.R. Op. Cit. p.65.

(104) MORAIS, J.F.R. Op. Cit. p.65.

O vínculo entre a escola e a sociedade é algo inquestionável, especialmente quando se trata da saúde. Nas escolas médicas as contradições sócio-políticas se apresentam de forma clara, explícita, verbalizada por alguns docentes e alunos, emergentes da elite social. Há professores que orientam alunos à solicitação de exames para os enfermos que não são realizados no hospital-escola e nem no Brasil. Frente ao questionamento dos alunos, a resposta é: “sou médico, não economista. Nada tenho a ver com os problemas sociais.” Situações como estas retratam, explicitam, em que conceito de homem, de sociedade, em que concepção de ciência está embasada a doutrina pedagógica da escola.

Uma escola que trabalha diretamente a questão da vida, do corpo, da morte, da dor e sofrimento humanos deveria manter, com a estrutura social, uma relação crítica, histórica e política, como o faz o próprio homem.

A tentativa de divorciar a saúde e a doença da realidade social é a negação de que o ato médico possa se converter em uma ação educativa, do qual o doente sairá fortalecido não apenas do ponto de vista biológico, mas preparado para o exercício do cuidado consigo e com os outros e para a livre disposição de seu corpo. A medicina terá então se colocado como um ato político e poderá “... desempenhar um papel de faísca, desencadeando um processo geral de libertação em outros domínios onde a expansão do sistema heteronômico alcançou igualmente níveis mórbidos”⁽¹⁰⁵⁾.

(105) ILLICH, I. A expropriação da saúde, nêmesis da medicina. 2ªed. Tradução de José K. de Cavalcante. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p.196.

A Medicina, nascida da pessoa e existindo a serviço da pessoa não pode ignorar seus aprendizes enquanto pessoas. Seu curriculum deveria contemplar as seguintes características do aluno: interiorização, autoconsciência, liberdade e autodeterminação, encarnação e coexistência, as quais são elementos constitutivos da pessoa humana.

a) **Interiorização** - A pessoa precisa manter uma relação íntima consigo mesma.

“Somos em nós e conosco (...) e somos também com os outros e para os outros”⁽¹⁰⁶⁾, para que alguém possa estar com os outros é necessário que antes esteja consigo, se veja e se conheça uma vez que “nosso ato de ser é exclusivamente nosso; é incomunicável, indisponível, impenetrável, insubstituível, por parte dos outros. Posso dar forma a tantas coisas, posso doar todos os frutos das minhas ações, mas não posso entregar ao outro o meu ato de ser: isto é única e exclusivamente meu”⁽¹⁰⁷⁾.

b) **Autoconsciência** - Derivada da interiorização, permite à pessoa ter consciência de si, retornar sobre si próprio, conhecer os motivos de suas ações, atuar sobre seu projeto de humanidade, definindo-o, retificando-o e atualizando-o. A autoconsciência põe-se e

(106) MONDIN, B. A Metafísica da pessoa como fundamento da bioética. In: LADUSÂNS, S. Questões atuais de bioética. São Paulo: Loyola, 1990. p.156.

(107) MONDIN, B. Op. Cit. p.156.

apóia-se na razão e na compreensão, garante a identidade e a responsabilidade.

“Somos portadores de dois níveis de autoconsciência: o nível da consciência concomitante e o da consciência reflexiva. No primeiro que é aquele que acompanha todo o nosso agir (o trabalhar, o jogar, o estudar, o comer, etc.), a principal atenção é voltada para os objetos e para os atos (...). É uma autoconsciência silenciosa, calada, mas constante. Entretanto no segundo nível, toda a atenção é centralizada explicitamente sobre si mesmo, afastando o olhar dos objetos e dos atos; aqui se esforça por captar, em primeiro plano e `a luz, tudo o que já está presente, mas ainda não evidente.

O agir da consciência é total e inteiro. Ela não contém em si uma parte ativa e uma parte passiva, pois não tem partes. A autoconsciência não conhece desdobramentos e, portanto, faz um todo único com o Eu (...)”⁽¹⁰⁸⁾.

c) **Liberdade e autodeterminação** - Em todas as declarações de direitos humanos e em todas as reivindicações políticas, a liberdade surge em primeiro lugar. Mas a pessoa não é livre por convenções humanas de qualquer natureza, a liberdade é uma realidade ontológica do ser. A pessoa é livre: manifesta-se livremente, possui-se de forma livre e quer ser livre.

(108) MONDIN, B. Op. Cit. pp.158-159.

A liberdade e a autodeterminação são operações complexas, frutos do diálogo constante entre o intelecto e a vontade, o conhecimento e o desejo.

d) **Encarnação** - A primeira coisa com a qual a pessoa se encontra é o próprio corpo. Desde o primeiro momento que o bebê humano percebe a si ou à sua mãe, o que de fato ele constata é a encarnação, a existência de corpo que produz uma infinidade de sensações dentre elas a dor, a fome e o prazer, além de comunicar as primeiras experiências de liberdade.

É o corpo do homem que se comunica com o mundo e a ele permanece unido. A temporalidade e espacialidade humanas, bem como conceitos fundamentais à existência como o de causa-efeito são inicialmente experiências corporais. Essas vivências assim como a presença do outro não ocorrem de forma unicamente material mas são carregadas de emotividade, de amor, de compaixão, de ódio, de aversão, de simpatia. O corpo expõe a pessoa ao outro, ao mundo e a si mesma.

Esta encarnação é sexuada e esse não é um fenômeno secundário e superficial mas sim fundamental e primário. O ser humano não tem sexo, ele é sexuado; ser homem ou mulher não se restringe a uma questão apenas biológica, cromossômica ou genital, antes, implica em diferente projeto de humanidade.

e) **Coexistência** - A pessoa humana necessita dos outros para vir ao mundo, alimentar-se, crescer, educar-se, conhecer-se,

para realizar seus projetos. O homem, ser cultural, faz cultura juntamente com os outros homens, posto que, ela é obra do grupo social, não de iniciativa individual. A pessoa não é um eu puro, isolado que se experimenta na sua própria consciência, mas só na coletividade humana, na vida em comum, junto a outras pessoas um ser humano pode saber de si mesmo. Portanto, a autocompreensão não acontece de maneira isolada, ela é fruto da comunhão da experiência humana. É nesse espaço que o homem prova sua singularidade e unicidade.

A comunidade humana é mediada pela história e fundada na linguagem. A convivência, a co-existência, a presença e relação com o outro é que remete a pessoa a si mesma, tornando-a consciente da sua esfera de decisão individual e da sua responsabilidade como algo intransferível.

2.2 - Pessoa e Prática Médica

Assim como a ontogênese repete, em essência, a filogênese, o processo de hominização se repete e

se reconstitui em cada ser humano, também em essência.

O embrião humano inicia sua vida apenas respondendo a estímulos de forças físicas de maneira incondicionada. Posteriormente, o bebê humano passa a solucionar problemas de adaptação ao meio, buscando alimento com os recursos de que dispõe como chorar por exemplo.

É durante o crescimento do filhote humano que seu sistema nervoso lhe permite a formação de representações, seus reflexos condicionados ganham amplitude e complexidade. A formação de procedimentos lógicos complexos só acontece anos após seu nascimento bem como o acesso ao saber transmitido pela educação formal, aquisição de consciência de si, articulações abstratas da realidade e engendramento no mundo da subjetividade.

Nos países pobres, como no Brasil, grande número de pessoas, comunidades humanas inteiras, permanecem alheias a este processo. Marginalizadas em relação à satisfação de suas necessidades básicas de alimento, moradia, vestimenta, trabalho, leitura e escrita, evoluem biologicamente como seres humanos - quando a fome não lhes rouba a capacidade intelectual - e permanecem distantes da possibilidade de comandar seu próprio destino.

Esta é a população de indivíduos atendida nos hospitais-escola. Os médicos, durante seu treinamento quer em nível de graduação ou de residência médica, prestam serviços à população chamada carente uma vez que, devido às suas inúmeras carências, se mostra carente de saúde e sem possibilidades de atendimento em outro serviço médico.

A clientela dos hospitais-escola é recebida pela estrutura hospitalar de modo surpreendente. As consultas, por exemplo, são todas agendadas para as sete horas embora todos saibam que ninguém é capaz de atender ao mesmo tempo e na mesma hora seis ou dez pessoas. Na verdade, alguns serão atendidos as sete e meia, outros às oito horas, outros ainda as onze e alguns até ao meio dia. Mas, todos devem chegar às sete horas e permanecer disponíveis até que sejam chamados. Modela-se um comportamento alienante porque despidido de fundamentação e racionalidade. Estas pessoas são tratadas como indivíduos, “usuários” dos serviços e, quando reagem com atitudes de agressividade durante o atendimento, estranham a si mesmas e causam uma reação de incompreensão e espanto por parte daqueles que as estão atendendo. A submissão, a obediência são comportamentos esperados pelos profissionais de saúde em relação aos doentes.

De fato, estes enfermos são extremamente submissos e dóceis e os profissionais de saúde autoritários e impacientes. Estabelece-se uma relação de poder avalizada pelo acesso ao conhecimento, ao saber. Aqueles que puderam vivenciar todas as etapas de evolução até o conhecimento estruturado, sistematizado, transmitido pela escola assumem uma postura de superioridade quase gênica o que, evidentemente, num relacionamento, determina que outro permaneça em etapas inferiores de evolução. Não são pessoas, são indivíduos. Assim são tratados e com isto consentem.

O estudante de Medicina envolto nesta realidade aprende diariamente a desempenhar o papel que sua categoria social e profissional espera dele. Uma vez graduado, reproduz em outros ambientes de trabalho até mesmo em consultório particular o falso aprendizado de que o acesso ao conhecimento lhe permite submeter aqueles que, por circunstâncias sociais, não tiveram o mesmo privilégio e são tratados como objetos, distantes da possibilidade de serem sujeitos de seu tratamento e de sua cura.

A linguagem hermética, sacerdotal e muitas vezes profética utilizada pelos profissionais da Medicina garante o distanciamento entre o doente e o médico de maneira que ambos se mantenham confusos, não diferenciando qualificação de sofisticação. Quanto mais pernóstica e mais pedante é a linguagem, maior o distanciamento social e a inaptidão, não apenas para compreender, mas também para se fazer compreender o que, certamente, não é uma característica da sabedoria.

Na base dessa situação encontra-se a “moral naturalista” segundo a qual aquele que “conhece” a ordem natural pode e deve buscá-la quando alguma “desordem” se estabelecer. Diante da doença — entendida como um abalo da ordem natural pela moral do modelo biomédico em vigor — deve o médico atuar em benefício do doente independentemente de sua vontade uma vez que é ele quem “sabe” o que é “bom” para o enfermo. A partir da premissa de que se fará o bem, todas as circunstâncias que acompanham o ato médico são perdoadas ou impregnadas de igual “bondade”.

Esta moral paternalista vive seus momentos de agonia. Começa-se a vislumbrar em alguns comportamentos médicos critérios fundamentados no conceito de **pessoa**, em uma visão integral de homem.

As posturas paternalistas e dogmáticas assumidas pela Medicina em relação à vida, sempre foram apoiadas por teorias do Direito. Advogados e médicos (professores de deontologia médica) apoiavam — alguns ainda apoiam — atitudes intervencionistas, realizadas à revelia do doente, em nome da defesa da vida, entendida esta como patrimônio social. Justificavam-se na incompetência do enfermo em escolher o Bem para si mesmo. O momento democrático que vive o Brasil, as questões debatidas pela Bioética e outros fatores, vêm trazendo mudanças radicais nestas posições e já se

encontra com relativa freqüência, sentenças judiciais como do caso relatado a seguir, a título de ilustração:

CASO RUBILAR COUGO GOULART

PROCESSO Nº 01193306956.

O Senhor Rubilar Cougo Goulart, casado, 40 anos, engenheiro civil, internou-se na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 20 de agosto de 1993. Ele apresentava quadro clínico de hipertensão portal e varizes esofágicas, com hemorragia digestiva superior aguda. O seu nível de hemoglobina chegou a 4,6 g/dl, e a taxa de hematócrito a 14%.

Devido às suas convicções religiosas, porém, recusou-se a receber transfusão de sangue. O hospital, alegando que a transfusão era imprescindível e que havia “iminente perigo de vida”, recorreu à Justiça. Requereu autorização para: (a) dar alta hospitalar ao doente, ou (b) transfundir sangue mesmo contra a vontade deste. O Juiz, plantonista, concedeu uma liminar autorizando a transfusão.

Para evitar a transfusão, porém, o Senhor Rubilar deixou o hospital, retornando para casa. Passou, então, a ser assistido por outro médico, que considerou a

transusão de sangue desnecessária e contra indicada. Foi, posteriormente, internado no Hospital Vila Nova, recebendo alta em 30 de setembro de 1993, sem ter recebido sangue.

O Senhor Rubilar contestou a liminar. Em resultado, a MM. Juíza de Direito, Dra. Matilde Chabar Maia, proferiu a seguinte sentença (transcrita em parte):

Decido ...

A negativa de receber transfusão de sangue é direito do paciente, dotado de capacidade volitiva e intelectual plena, merecendo respeito, ante às disposições constitucionais referidas.

Os envolvidos nessa prestação social devem sopesar o indivíduo globalmente, indicando-se terapêutica alternativa, sem preconceitos, valorizando a pessoa na sua integralidade, não apenas em um dos aspectos que a compõe.

No caso examinado, exsurgiu que o iminente perigo à vida do réu, o chamado estado de necessidade, era fátuo, traduzindo-se a primeira opção de transfundir, em tratamento mais ao alcance de resultado pronto, contestado por outra corrente médica, segundo se afere das publicações inclusas.

Objetiva-se focalizar um dos aspectos da

complexa atividade médica, qual seja: a transfusão de sangue, bem como a responsabilidade médica daí derivada.

O poder Judiciário não pode arrear os direitos e liberdades fundamentais do cidadão, substituindo-se sua vontade livre e consciente de não fazer qualquer coisa, quando a lei não o obriga, sob pena de não dar efetividade a Carta Magna, transformando-a em “mera folha de papel”, no dizer de Ferinand Lassalle.

Por certo é a vida direito indisponível, compreendida nela os atributos da personalidade.

O direito ao tratamento há de abranger a integridade da pessoa do doente, observando-se os aspectos religiosos, jurídicos, intelectuais e físicos.

Pertinente a alta hospitalar do réu, requerida se processasse mediante liminar, inaudita altera pars, é pedido fadado à rejeição.

A possibilidade de alta, face a internação, é sopeso que pertine ao médico assistente do paciente que se visa liberar. Para isso, há que proceder as avaliações e valerações decorrentes dos exames clínicos e laboratoriais.

Não compete ao Poder Judiciário substituir-se nesse mister, vez que tem o monopólio da prestação jurisdicional (art. 5º., inciso XXXV, C.F.), sendo função médica a determinação de internação e liberação do paciente.

Não se desconhece que a entidade hospitalar ora autora promove o atendimento assistencial à população de baixa renda do Estado, e pela natureza do serviço prestado está sempre com leitos superlotados.

Todavia, não tendo como ministrar tratamento alternativo, e não se diga, segundo ficou anotado na inicial, fls. 04, que “foram esgotadas todas as demais possibilidades terapêuticas que não a transfusão de sangue”, deveria ter procurado outro estabelecimento hospitalar que recebesse o paciente, já que internado estava. E se assim estava, por certo estaria a inspirar cuidados.

Então, como poderia o Judiciário determinar, in limine, a alta hospitalar?

Incabível a transferência dessa responsabilidade. A autora presta serviço de caráter público, competindo-lhe todo o atendimento e orientação para atenuar o sofrimento do paciente, e não, simplesmente mandá-lo embora, quando se recusa, dentro da lei, a admitir o tratamento recomendado, que não é o único.

Diante do exposto, JULGO IMPROCEDENTE ação cautelar inominada, sendo da conta da autora as custas processuais e honorários advocatícios ao patrono do réu, fixados em 20% sobre o valor de causa corrigido, forte no art. 20, #4º, letra c, do CPC.

*Publique-se. Registre-se. Intimem-se.
POA/23/08/94 MATILDE CHABAR MAIA - Juíza de Direito.*

No que tange à Bioética, são importantes
nessa sentença:

- a) a ênfase no **direito do paciente** de negar-se ao tratamento proposto;
- b) **respeito** pela decisão do doente uma vez que ele se apresentava plenamente dotado de **capacidade volitiva e intelectual**;
- c) a necessidade de que os profissionais de saúde vejam o indivíduo globalmente, valorizem a pessoa na sua integralidade, não apenas em um dos aspectos que a compõe;
- d) a adequação da terapêutica à realidade integral do enfermo, **sem preconceitos**;
- e) os direitos e liberdades fundamentais do cidadão não podem ser arredados pelo poder Judiciário quando o doente no uso de sua vontade livre e consciente não quer fazer algo quando a lei não o obriga;
- f) no conceito de **vida** estão compreendidos **os atributos de personalidade**;
- g) os **aspectos religiosos, jurídicos,**

intelectuais e físicos como integrantes da pessoa do doente e portanto, devendo ser considerados no **direito ao tratamento**;

- h) a permanência do doente em ambiente hospitalar, seu encaminhamento ou transferência para outro serviço médico bem como a alta hospitalar como **procedimentos de responsabilidade médica intransferível**;
- i) a função primária e básica da Medicina de **atenuar o sofrimento do enfermo**;

Atitudes como a da Meritíssima Juíza, comum nos países da Europa e América do Norte, ainda causam reações de espanto seguidas de negação por parte daqueles que não pretendem abrir mão do “poder” exercido sobre o doente.

O conceito de totalidade foi assimilado pela Medicina apenas em seu aspecto corporal. A amputação de um membro, por exemplo, é possível posto que isso garantirá a sobrevivência das demais partes do corpo ou, do corpo quase todo. “Totalidade ou princípio terapêutico: é na verdade, o que rege toda a liceidade e obrigatoriedade da terapia médica e cirúrgica”⁽¹⁰⁹⁾. Esse conceito, no entanto, é mais amplo, apresenta-se rico em dignidade e bem estar do homem enquanto pessoa, em seus relacionamentos com o mundo.

(109) PESSINI, L. Problemas atuais de Bioética. 3ª edição, São Paulo: Paulus, 1996. p.34.

É necessário garantir a totalidade do humano ainda que para tanto se perca uma parte. Mas a quem compete decidir como uma pessoa sente-se total, íntegra, inteira? Quem poderá afirmar que, apesar da perda de um braço, da fala ou da vida após a morte, alguém permanece inteiro?

Só o homem total, a pessoa, sabe em que consiste sua totalidade portanto, só ele pode escolher. *“Mas o doente não sabe escolher, não tem ‘conhecimento’ suficiente para isso. Fará escolhas próprias de seu meio social que é muito pobre de informações”*, esses são os argumentos usados para, numa atitude paternalista, submeter a pessoa doente a procedimentos médicos extremamente invasivos, limitantes e de alto risco.

As questões que se colocam diante desse quadro são: — que conhecimento é esse que o doente não tem nem poderá ter para que possa escolher o melhor para si mesmo? — não será a este conhecimento que se refere o Código de Ética Médica quando afirma que o médico deverá informar o paciente até que ele entenda, para que possa escolher sem influência do médico⁽¹¹⁰⁾? — Será que a população carente desse país se encontra em um estágio tão inferior de hominização que se tornou incapaz de escolher entre a vida e a morte; encontra-se em tal estado de analgesia não pode compreender o que dor no seu próprio corpo? Quando o doente se nega a um procedimento, apesar do médico lhe afirmar o risco de vida em que está se colocando, será que de fato o enfermo não compreendeu a informação do médico ou não confia nele? Quem teria maior dificuldade de comunicação: quem não entende ou quem não se faz entender? Será que a elite brasileira, de onde

(110) Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1988.

originam os médicos, ainda confunde pobreza com deficit mental?

2.3 – Uma Proposta de Ensino

Segundo Marx⁽¹¹¹⁾, não basta interpretar o mundo, é preciso mudá-lo e a proposta aqui descrita é de mudança do universo moral e ético dos programas das escolas médicas, considerada a baixa carga horária disponível na maioria das escolas e abandonando as posturas deontológicas.

Em recente encontro de bioeticistas e professores de Bioética promovido pela Sociedade Brasileira de Bioética, discutiu-se o ensino da Bioética no Brasil. As conclusões a que chegaram os professores apontam para a necessidade de instrumentalizar o aluno para avaliar a si mesmo e perceber o modo eficaz de interagir com a diversidade de pessoas neste país.

(111) MARX, K. & ENGELS, F. A ideologia alemã. Trad. de W. Roces, Montevideu: EPU, 1959.

Concluem, ainda, que o aluno deve estar preparado para levar os conhecimentos de Bioética até os núcleos de decisões e ações nas diversas áreas profissionais, o que se constituirá na interface entre o profissional de Bioética e a sociedade, isto é, o povo. Tratam da necessidade de uma formação continuada em Bioética ao longo da graduação e da pós-graduação. Na primeira, o objetivo geral seria a preparação do profissional para enfrentar os dilemas éticos das situações concretas e, na segunda, o objetivo seria voltado para a preparação humanística do pesquisador e educador.

O conteúdo programático de um curso de Bioética deverá fundar-se num novo paradigma biomédico: centrar-se no bem-estar, na saúde e no uso criterioso de tecnologias. Preferencialmente será compacto e contemplará tópicos essenciais que componham a base do conhecimento de Bioética e temas de interesse profissional específico.

“O fato da Bioética ser uma área de saber complexa e recente, faz com que não exista, para o seu ensino, uma tradição pedagógica específica nem uma experiência didática consolidada”⁽¹¹²⁾.

A forma tradicional de montagem de currículos multidisciplinares, não satisfaz o ensino da Bioética uma vez que a simples justaposição de disciplinas não permitirá ao aluno a necessária compreensão unificada do saber que se quer ensinar.

(112) Seminários de Bioética. Sociedade Brasileira de Bioética, Botucatu, 1997. p.37-40.

Apenas o debate de temas polêmicos presentes no cotidiano dos profissionais de saúde permitirá ao aluno uma percepção clara da transdisciplinariedade da Bioética e as possibilidades de condução das idéias na análise de conflitos no exercício profissional.

A visão do ensino médico e da realidade vivencial do estudante de Medicina no Brasil, do atendimento ao doente, realizado nos hospitais-escola, e alicerçada em uma postura bioética de qualidade de vida, de pessoa e, conseqüentemente, de corpo, resulta em uma proposta de programa para a Disciplina de Bioética de uma Faculdade de Medicina.

2.3.1 Objetivos Gerais:

2.3.1.1 - Transmitir conhecimentos de Bioética de forma sistematizada;

2.3.1.2 - Atuar sobre um determinado grupo de médicos e estudantes de Medicina esclarecendo sobre:

- a) a abrangência da questão da ética da vida;
- b) os direitos e deveres decorrentes da condição igualitária de médicos e doentes, qual seja, a cidadania;
- c) a possibilidade de enriquecimento do viver humano a partir da pluriversalidade;
- d) a ideologia presente nas posturas deontológicas maniqueístas;
- e) a recuperação de valores morais universais que vem ocorrendo em todas as disciplinas da área da saúde;
- f) a característica de pluralidade do ser humano e, conseqüentemente, da moral por ele gerada;

2.3.1.3 - Criar um espaço de diálogo sobre questões polêmicas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde;

2.3.1.4 - Permitir a troca de experiências entre alunos ou profissionais que envolvem momentos de reflexão moral;

2.3.1.5 - Debater com alunos e profissionais situações próprias do existir humano e

para as quais o homem não quer e não pode ter soluções unânimes.

2.3.2 Objetivos Específicos

- 2.3.2.1 - transmitir, de forma sistematizada, conhecimentos de Bioética;
- 2.3.2.2 - levar o aluno à aquisição e introjeção de conceitos morais, secularizados e pluriversalizados sobre a vida humana e, conseqüentemente sobre a morte;
- 2.3.2.3 - recuperar valores de humanidade adquiridos no ambiente familiar;
- 2.3.2.4 - vivenciar com os alunos um relacionamento hominizado cuja experiência deverá ser transferida para seu relacionamento com o outro;

- 2.3.2.5 - vivenciar com os alunos um relacionamento hominizado cuja experiência deverá ser transferida para seu relacionamento com o outro, especialmente com os doentes.

2.3.3 Metodologia

A escolha metodológica é fundamental posto que, a vivência da autonomia, pelo aluno deverá se constituir na experiência básica para seus relacionamentos posteriores, especialmente com os doentes. Portanto, método e estratégias que facilitem a participação do aluno e estimulem sua criatividade são escolhas privilegiadas.

2.3.4 Conteúdo Programático

2.3.4.1 - Bioética — Conceituação, Histórico, Âmbito de Atuação, Articulação com a Ética, a Deontologia e a Diceologia.

2.3.4.2 - A Pluriversidade do Sujeito Humano.

2.3.4.3 - Indicadores de Humanidade.

2.3.4.4 - A Moral Tradicional e a Bioética.

2.3.4.5 - Valor da Vida Humana — A Ambigüidade.

2.3.4.6 - Corporeidade — Espacialidade, Temporalidade, Opacidade e Pluralidade.

2.3.4.7 - A Morte do Ser Humano.

2.3.4.8 - Modelo Biomédico.

2.3.4.9 - A Dominação da Ciência e a Apropriação do Homem — sua Vida, seu Corpo e sua Morte.

2.3.4.10 - Bioética e Responsabilidade.

2.3.4.11 - Codificação Moral.

2.3.4.12 - Direitos Humanos e Bioética.

2.3.4.13 - Experimentação com Seres Humanos.

2.3.4.14 - Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos.

2.3.4.15 - Abortamento.

2.3.4.16 - A Pessoa com HIV Positivo e AIDS.

2.3.4.17 - O Projeto Genoma.

CONCLUSÃO

O biologismo, o tecnicismo que invadiram a Medicina têm raízes econômicas e sociais. Foram gestados no seio de um capitalismo extremado, nascidos sob o signo do autoritarismo, durante a primeira guerra mundial, e alimentados por uma categoria profissional, os médicos, perfeitamente identificada por CAPRA como mais cartesiana que Descartes⁽¹¹³⁾, o que significa desconsiderar toda realidade existencial humana, valorizando apenas o que possa ser comprovado em laboratório.

A categoria *humano*, presente na prática médica e difundida pelas escolas de medicina, é uma versão sofisticada do homem-máquina, objetual, manipulável, dependente, que se estende para todo ser humano, principalmente os doentes, médicos e alunos;

O autoritarismo presente no ensino médico tem feito um número enorme de vítimas. Qualquer médico desaconselharia seu paciente a trabalhar trinta e seis (36) horas seguidas e elencaria uma série de razões pelas quais isso não pode acontecer. Mas esse mesmo médico, em função docente, aceita que seu aluno assista aula das 7 às 18 horas, em

(113) CAPRA, F. Op. Cit. p.139.

seguida dê plantão no Pronto Socorro das 19 às 7 horas e, imediatamente, vá para aula das 7 às 18 horas.

As conseqüências desse ensino médico, com os pés fincados num conceito de homem-máquina, têm sido a doença e morte precoces de estudantes e médicos.

Em última análise, a responsável por essa situação é a universidade que reproduz esse modelo biomédico através de Projetos Pedagógicos que inviabilizam espaços de debate sobre o ser humano e não reconhecem no estudante a presença de uma pessoa. Não vêem no aluno um *ser único*, total, volitivo, responsável e livre, corporificado e autônomo.

A cientifização da medicina gerou um distanciamento da pessoa posto que, a biologia que lhe serve de alicerce, desconhece o que é pessoa, não possui recursos técnicos nem critérios científicos para determinar a existência ou não da pessoa.

Para as ciências humanas pessoa é *ser* mutável, progressivo, é termo de valorização cultural com decorrências éticas.

A desconsideração da pessoa acarreta o rompimento de sua autonomia gerando atos paternalistas por parte do médico que se converte num agente moral além de agente técnico.

Órfã de reflexões éticas, a Medicina, trata a vida ora como objeto sacralizado, ora sem

qualquer valoração, apenas como um fenômeno biológico e físico-químico.

A vida sacralizada implica numa visão teológica, estática e pertencente a Deus. A qualidade da vida propõe uma visão histórica, tomando a pessoa em suas mãos seu destino e se tornando responsável por sua vida.

As ambigüidades presentes no valor da vida trazem sérios conflitos para os profissionais da Medicina uma vez que esta é uma disciplina de fazer ou intervir objetivamente na vida, carecendo, portanto, de um pontuamento claro e coerente quanto à valoração da vida, de maneira a poder fazer com suporte ético e humanístico.

Essa postura valorativa sobre a vida, obviamente, inclui a morte, último estágio da vida mas integrada ao processo de existir.

Libertar a vida significa alterar a relação do homem consigo e com o outro, apoderar-se da sua história e de seu corpo, romper os elos com a moral tradicional naquilo que ela traz de contradições, inviabilizando o *tornar-se pessoa*.

Livre e autônomo o homem pode ser corpo, além do laboratório físico-químico e do aspecto biológico, de fato presentes nele, mas ver-se inteiro, como corpo significativo, expressão de afeto e emoções, como presença pessoal no mundo.

Nenhum homem pode tornar-se meio para um fim. Todo ser humano é um fim em si mesmo

e, só será um corpo liberto de atitudes intervencionistas e paternalistas, quando a vida e ele estiverem verdadeira e responsabilmente livres.

Essa liberdade só pode ocorrer no coletivo. Nenhum homem é livre isoladamente, é num processo de justiça social, na distribuição justa dos bens, dentre eles, a saúde e a educação, que uma sociedade pode ser constituída por homens autônomos e livres e constituir-se, portanto, numa sociedade livre.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Mestre Jou, 1982.
2. ADORNO, T.W. e HORKHEIMER, M. Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
3. ALCÂNTARA, H.R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Andrei, 1979.
4. AQUINO, S.T. Suma teológica. Trad. Alexandre Correia. São Paulo: Sedes Sapientiae, 1954.
5. ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5ªed., 1991.
6. ARIÈS, P. História da morte no ocidente — da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
7. ———— O homem diante da morte. 2 vols. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
8. AUER, A. et al. Ética e medicina. Trad. Luis A.M. Baro. Madrid: Ed. Guadarrama, 1972.

9. BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
10. BANTA, D. The uses of modern technologic problems and perspectives for industrialized and developing countries. Conferência Interamericana sobre Avaliação Tecnológica em Saúde. Brasília: mimeografado, 1983.
11. BARCHIFONTAINE, C.P. e PESSINI, L. Problemas atuais de Bioética. São Paulo: Ed. Loyola, 1991.
12. BARIETY, Historie de la médecine. Paris: Fayard, 1963.
13. BECA, J.P. Prioridades temáticas de Bioética em América Latina y el Caribe. In: Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Nº 1, OPS/OMS. Santiago: setembro, 1995.
14. BERLINER, H.S. A large perspective on the Flexner Report. Int. J. Health Serv., 1975.
15. BERNARD, J. Da Biologia à ética: Bioética – os novos poderes da ciência; os novos deveres do homem. Campinas: Psy, 1994.
16. Bioética, Vol. 1 Nº 1, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.
17. BOEMER, M.R. A morte, o morrer e o morrendo: estudo de pacientes terminais. Tese de doutoramento. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 1985.

18. Boletim da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Vol. XXIII N°. 2, Rio de Janeiro, 1993.
19. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.108, 1986.
20. Boletim do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), 1997.
21. Boletim do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: AIDS e ética médica, 1988.
22. BRIM, O. The dying patient. New York: Russell Sage Fondation, 1970.
23. BRUAIRE, C. Une étique pour la médecine. Paris: Fayard, 1978.
24. CAMPOS, E.S. História da Universidade de São Paulo. São Paulo: Saraiva, 1954.
25. CAPRA, F. O ponto de mutação. 13 ed. São Paulo: Cultrix, 1993.
26. CASSORLA, R. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.
27. CHAVES, I. Os rápidos avanços da medicina e a lenta, implacável desumanização de seu exercício. Ats Curandi, out., 1978.

28. CHAVES, M. e ROSA, A.R. (Org.) Educação médica nas américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
29. CLAVREUL, J. A ordem médica — poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
30. CLOTET, J. Por que Bioética ? Bioética, Vol. 1 N° 1. Brasília:CFM, 1993.
31. Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 1988.
32. COHEN, C.; MARCOLINO, J.A. Relação médico-paciente. In: SEGRE, M., e COHEN, C.(Org.) Bioética. São Paulo: Edusp, 1995.
33. CORREIA, F.A. A alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética. Tese doutoral, Departamento de Filosofia e História da Educação, Faculdade de Educação. Campinas: UNICAMP, 1993.
34. COSTA, J.A.F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
35. DALLARI, S. Direito à saúde. In: ANISTIA INTERNACIONAL. Direitos humanos no Brasil: conferência para educadores. São Paulo: Ed. e Artes Gráficas MPA, 1986.
36. D'ASSUMPÇÃO, E.A. Tanatologia e doente terminal. Diálogo Médico 10. São Paulo, 1984.

37. DELMANTO, C. Código penal comentado. 3ª ed. São Paulo: Renovar, 1991.
38. DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
39. DOUCET, H. Quelques exigences que pose à la morale de la médecine. Cahiers de Bioéthique. N°1. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1979.
40. DRANE, G.F. Métodos de ética clínica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.108, 1990.
41. Encyclopedia of Bioethics. New York: Free Press, 1978.
42. ENGELHARDT Jr., H.T. The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press, 1986.
43. ENTRALGO, P.L. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
44. ———— El médico y el enfermo. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
45. ESCALONA, S.L. El morir como acontecer humano. Reflexão 55/56, Instituto de Filosofia e Teologia, Ano XV n°1 Campinas: PUCCamp, 1993.
46. FEIFEL, H.; NAGY, V.T. Another look at fear of death. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 1981.

47. FINNIS, J. Fundamentals of ethics. Oxford: Clarendon Press, 1983.
48. FLETCHER, J. Ethics and Euthanasia. Am. J. of Nursing 73, 1973.
49. ————— Morals and medicine. Boston, 1960.
50. FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada. Carnigie Foudation for the Advancement of Teaching, 1910.
51. FONTANELLA, F.C. O corpo no limiar da subjetividade. Piracicaba, Ed. UNIMEP, 1995.
52. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
53. FRANÇA, G.V. Direito médico. São Paulo: Fundação Byk, 4ªed., 1987.
54. ————— Comentários ao código de ética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
55. FRAZER, J. La crainte des morts. 5 ed. Paris: Ed. Émie Nourry, 1981.
56. GABAUDE, J.M. Por uma Metafísica da Utopização e da Kairificação. Trad. Constança M. Cesar. Reflexão. Instituto de Filosofia e Teologia, Ano XV nº45, Campinas: PUCCamp, 1989.

57. GARCÍA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
58. GARRAFA, V. Bioética, saúde e cidadania. In: Saúde em debate, nº 43. São Paulo: junho, 1994.
59. GAUDERER, E.C. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991.
60. GONÇALVES, E.L. Moral médica. São Paulo: Sarvier, 1984.
61. GRACIA, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.
62. ———— Ética de la calidad de vida. Madrid: SM, 1985.
63. GARCÍA, M.V Bioética – estudos de Bioética racional. Madrid, 1989.
64. HAERING, B. Medicina e moral no século XX. Tradução de Luís F. Silva. Lisboa: Editorial Verbo, 1974.
65. ———— Medicina e manipulação: o problema moral da manipulação clínica, comportamental e genética. Tradução de Honório Dalbosco. São Paulo: Paulinas, 1977.
66. HAMET, P. Les professionnels de la santé et leurs questions éthiques... Dans la recherche clinique. Cahiers de

Bioéthique. Nº1. Québec: Les presses de l'Université Laval, 1979.

67. HARRIS, J. The value of life: an introduction to medical ethics. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1985.
68. HEIDEGGER, M. El ser y el tempo. México: Fondo de Cultura Económica, 1974.
69. HELLER, A. A filosofia radical. São Paulo: Brasiliense, 1983.
70. ———— Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia. São Paulo: Brasiliense, 1982.
71. ILLICH, I. A expropriação da saúde, nêmesis da medicina. 2ªed. Tradução de José K. de Cavalcante. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
72. JASPERS, K. Zur Analyse der Trugwahrnehmungen. Zeitschrift f. d. gesamt. Neurologie und Psychiatrie, 1911.
73. JC — Jornal do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), Ano XV. set/out, 1996.
74. JC — Jornal do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), Ano XVII – Nº. 127 – março, 1998.

75. KOVÁCS, M.J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
76. KUBLER-ROSS, E. Morte. Estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record, 1977.
77. ——— Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
78. LADRIÈRE, J. A articulação do sentido. Tradução de Salma T. Muchail. São Paulo: EPU - USP, 1977.
79. ——— Os desafios da racionalidade: o desafio da ciência e da tecnologia às culturas. Tradução de Hilton Japiassu. Petrópolis: Vozes, 1979.
80. LADUSÂNS, S. Questões atuais de Bioética. São Paulo: Loyola, 1990.
81. LANDMANN, J. A outra face da medicina. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
82. ——— A ética médica sem máscara. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
83. LEÃO, E.C. Desafio da ética hoje em dia. Reflexão 55/56, Instituto de Filosofia e Teologia, Ano XV nº1 Campinas: PUCCamp, 1993.

84. LEPARGNEUR, H. Humanizar a moral. Reflexão. Instituto de Filosofia e Teologia, Ano XV n°45, Campinas: PUCCamp, 1989.
85. ———— O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas: Papyrus, 1987.
86. ———— A dignidade humana, fundamento da Bioética e seu impacto para a eutanásia. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.
87. ———— Bioética e conceito de pessoa: esclarecimentos. In: Fundamentos da Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.
88. ———— Bioética, novo conceito - a caminho do consenso. São Paulo: Loyola, 1996.
89. LEPARGNEUR, H. e SANTOS, B. Moral e medicina. São Paulo: Loyola, 1976.
90. LOBROT, M. A favor ou contra a autoridade. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
91. MAINETTI, J.A. Bioética: una nueva filosofía de la salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, 1990.
92. MARCONDES, J.V.F. O papel do médico na sociedade: ponto de vista do sociólogo. Carisma - formação do médico. vol II n°3, São Paulo: Spinola, 1981.

93. MARITAIN, J.I. Diritti dell uomo e la legge naturale. Milano: Vita e Pensiero, 1977.
94. MARQUES, J.F. Tratado de direito penal, parte especial. São Paulo: Saraiva, 1961.
95. MEIRA, A.R. e CUNHA, M.M.S.C. O ensino da ética médica, em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: 18(1) 1-48, jan./abr., 1994.
96. MELO, N.S. et al. O ensino da ética médica nas faculdades de medicina brasileiras. Brasília: Publ. Conselho Federal de Medicina, 1986.
97. MENEZES, P. et al. A hora da ética libertadora. São Paulo: Paulinas, 1985.
98. MENKEN, M. Ética no ensino e na aprendizagem. In: Ponto e Vírgula – Boletim do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica. Nº 38, São Paulo – USP, outubro de 1996.
99. MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Freitas Barros, 1971.
100. ———— A estrutura do comportamento. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.
101. MIRABETE, J.F. Manual de direito penal 2. São Paulo: Atlas, 1991.

102. MONDIN, B. A Metafísica da pessoa como fundamento da bioética. In: LADUSÃNS, S. Questões atuais de bioética. São Paulo: Loyola, 1990.
103. MONTEIRO, W.B. Curso de direito civil. São Paulo: Saraiva, 1983.
104. MORA, F.J. Diccionario de Filosofia. 2 Vol. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1971.
105. MORAES, I.N. Carisma - formação do médico, Vol. I nº2, São Paulo, 1980.
106. MORAIS, J.F.R. Consciência corporal e dimensionamento do futuro. In: Educação física & esportes: perspectivas para o século XXI. Campinas: Papirus, 1992.
107. MORAIS, J.F.R. A universidade desafiada. Campinas: Ed.Unicamp, 1995
108. NAVARRO, V. Ideologia y ciência: el caso de la medicina. Rev. Transción, 1980.
109. OLIVEIRA, F. Bioética — uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 1997.
110. OLIVEIRA, J.C.P. Autonomie, dimensions éthiques de la liberté. Paris: Éditions du Cerf, 1978.
111. PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa. 4ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

112. PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.) Fundamentos de Bioética. São Paulo: Paulus, 1996.
113. PESSINI, L. Problemas atuais de Bioética. 3ª edição, São Paulo: Paulus, 1996.
114. PINTO, A.V. Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
115. PIOLA, S.F. e CASTRO, C.M. A alta tecnologia na medicina: mais saúde ou mais lucro? Conferência Interamericana sobre Avaliação Tecnológica em Saúde. Brasília: mimeografado, 1982.
116. Ponto e Vírgula - Boletim do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica. Nº 38, São Paulo - USP, outubro de 1996.
117. POTTER, V.R. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Printice-Hall, 1971.
118. RABINOWITCH, I.M. Euthanasia. N. York: Mc Gill, 1950.
119. REALE, M. Filosofia do direito. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.
120. REICH, W.T. Encyclopedia of bioethics. 4 Vols. New York: Georgetown University, 1982.
121. RICOEUR, P. O si-mesmo como um outro. Campinas: Papirus, 1991.

122. ——— Ilème partie. Paris: Éditions-UNESCO, s.d.
123. ROSE, K.J. O corpo humano no tempo - uma máquina com sentimentos, reações e transformações. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.
124. SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA DOCTRINA DA FÉ. Declaração sobre a eutanásia. 4: AAS 72, 1980.
125. SANNON, T.A. An introduction to bioethics. 2 ed. New York: Paulist Press, 1987.
126. SANTINI, L.A. A ética na educação médica. Boletim da ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica Vol. XXIII n°2, Rio de Janeiro, 1993.
127. SANTOS, L.F. Pequena história da medicina brasileira. São Paulo: Coleção Buriti, 1966.
128. SANVITO, W.L. A medicina tem cura? Uma abordagem crítica da medicina contemporânea. São Paulo: Ateneu, 1994.
129. SCHELER, M. Le formalisme en éthique et l'éthique materiale des valeurs — essai pour fonder un personalisme éthique. Paris: Gallimard, 1955.
130. ——— Nature et formes de la sympathie. Paris: Payot, 1971.

131. SCLEMPER, B.R. Jr., e outros Código de Ética dos profissionais da saúde à luz da Bioética. In: Sociedade Brasileira de Bioética, Seminários de Bioética. Botucatu, 1997.
132. SEGRE, M., e COHEN, C.(Org.) Bioética. São Paulo: Edusp, 1995.
133. Seminários de Bioética. Botucatu: Sociedade Brasileira de Bioética, 1997.
134. SERANI-MERLO, A. O que é Bioética. Traduzido por Meira, A.R. Poucas palavras: São Paulo: Inf. da ABRADDEM, Nº 11, fevereiro, 1993.
135. SGRECCIA, E. Bioetica: manuale per medici e biologi. Milano: Vita e Pensiero, 1987.
136. ———— La bioetica. Fondamenti e contenuti. Medicina e Morale, 3ª ed. Milano: Vita e Pensiero, 1984.
137. ———— Manuale di bioetica. I fondamenti ed Etica Biomedica. 2ªed. Milano: Vita e Pensiero, 1991.
138. ———— Problemi dell'insegnamento della bioetica. G. Ital. Form. Perm. Medico XV, 1987.
139. SHANNON, T.A. Bioethics. Ramsey: Paulist Press, 1981.
140. SILVA, F.T. Atitudes dos médicos frente à morte. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: PUC, 1981.

141. SILVA, S.A.I. Valores em educação: o problema da compreensão e da operacionalização dos valores na prática educativa. 2ªed. Petrópolis: Vozes, 1988.
142. SIMONTON, O C.; SIMONTON, S.M. e CREIGHTON, J.L. Com a vida de novo. São Paulo: Summus, 1987.
143. SINGER, P. Ética prática. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
144. SIVADON, P. e ZOÏLA, A.F. Corpo e terapêutica: uma psicologia do corpo. Campinas: Papyrus, 1988.
145. SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
146. ———— AIDS e suas metáforas. Tradução de Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia de Letras, 1989.
147. SPINSANTI, S. A cura di. Documenti di deontologia e etica medica. Torino: Paoline, 1982.
148. ———— Ética biomédica. Tradução de Benôni Lemos. São Paulo: Paulinas, 1990.
149. TETTAMANZI, D. Bioetica. Nuova sfide per l'uomo. Casale Monferrato: Pieme, 1987.
150. THOMAS, L.V. Antropologia della morte. Milano: Vita e Pensiero, 1976.

151. VALVASORI, A. E OUTROS O ensino da bioética (graduação, pós graduação, extensão). In: Seminários de Bioética, Sociedade Brasileira de Bioética, Botucatu, 1997.
152. VAZ, H.C.L. Antropologia filosófica I. São Paulo: Loyola, 1991.
153. ————— O ethos da atividade científica. Revista Eclesiástica Brasileira 34 1974.
154. VAZQUEZ, A.S. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
155. VIAFORA, C. Centri di bioetica in Italia - orientamenti a confronto. Padova: Gregoriana Libreria, 1993.
156. VIDAL, M. Bioetica: estudios de bioetica racional. Madrid: Tecnos, 1989.
157. VILARDEL, F. Problemas éticos de la tecnología médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108 (5-6), 1990.
158. WACHTER, M. Le point de départ d'une bioéthique interdisciplinaire. Cahiers de bioéthique. N° 1 Québec: Les presses de l'Université Laval, 1979.
159. WEISMAN, A.D. The realization of death. Nova Iorque: Jason Aronson, 1974.

160. ZIEM, G. Medical education since Flexner. Health Pac. Bull., 1977.

161. ZIEGLER, J. Os vivos e a morte. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.