



A ÉTICA CRISTÃ E O SUICÍDIO ASSISTIDO

Susanne Klemz¹

RESUMO

O presente trabalho tem por tema as implicações da prática do suicídio assistido na ética cristã. O suicídio assistido, aqui retratado nos casos de doenças terminais, é a prática pela qual uma pessoa recebe auxílio ao morrer. A ética cristã, por sua vez, refere-se à conduta correta diante dos preceitos bíblicos cristãos. No primeiro capítulo, aborda-se a conceituação do suicídio, demonstrando que sua vedação é fruto da religião, e que a preocupação com o suicídio assistido, tal como tema da bioética em geral, surge com a evolução do tratamento médico e hospitalar. No segundo capítulo, demonstra-se da impossibilidade de se obter preceitos éticos ao se abandonar os valores cristãos, dos quais se resgata a dignidade humana como criatura de Deus, e de que esses valores estão a seu dispor, razão pela qual não cabe ao ser humano retirar sua vida. O terceiro capítulo apresenta abordagens quanto à importância da dor, o fato de que o sofrimento não retira a dignidade do ser humano e das práticas terapêuticas, tal como a medicina paliativa, que pretende recuperar a dignidade do ser humano diante da morte. Com o presente trabalho, procura-se demonstrar que o suicídio assistido representa o fracasso da medicina moderna que, apesar de poder afastar a morte, pode acabar trazendo mais sofrimento. Com a ética cristã, demonstra-se que o sofrimento não retira a

1 Susanne Klemz é Graduada em Direito pela FURB – Blumenau/SC, pós-graduada *lato sensu* em direito tributário pela UFSC/Fundação Boiteux, finalizando pós-graduação *lato sensu* em Teologia e Bíblia pela FLT – Faculdade Luterana de Teologia. Atua como advogada na cidade de Blumenau/SC (e-mail: susanneklemz@gmail.com). O presente artigo é uma versão levemente modificada e adequada de seu trabalho de conclusão do curso de Pós-graduação *lato sensu* em Teologia e Bíblia.

dignidade do ser humano, e indicam-se meios para auxiliar a quem sofre.

Palavras-chave: ética, bioética, eutanásia, suicídio assistido.

ABSTRACT

The present work theme is the implication of assisted suicide in christian ethic. The assisted suicide, here reported to terminal ills, represents the practice in which a person gets help for dying. Christian ethic is here refereed as the right conduct to be observed through biblical christian principles. On first chapter, the conception of suicide is related, showing that it voiding is related to religion and that the concern about assisted suicide is linked with the medical-hospital treatment ways evolution. On second chapter is demonstrated the impossibility of getting ethics principles by abandoning christian values, where human dignity as God's creation and through this condition, human people are on God's disposal, concluding that there are no reasons for a human being for taking off his life. On third chapter, the importance of pain, the fact that suffering doesn't take the human dignity and the therapeutical alternatives for rescuing dignity of the human being in front of death, like paliative medicine, are related. It's intended to show, through this work, that assisted suicide represents the modern medicine failure, bringing suffering although moving death away, through christian ethic it's shown that suffer doesn't take the human dignity away and, but, indicates ways for helping people in suffer.

Keywords: ethic, bioethics, euthanasia, assisted suicide.

I. INTRODUÇÃO

O suicídio assistido, tal como a eutanásia, são dilemas que afligem a ética médica. O pedido pela morte, proveniente de um paciente ou de sua família, implica dilema de difícil solução. Confrontam-se a ausência de perspectivas de um prognóstico favorável, o sofrimento perceptível do paciente, a ausência de perspectivas de uma vida qualitativa e a própria frustração do

profissional médico em não poder ministrar a cura.

Por outro lado, confronta-se a praticamente irreconciliável posição da tradição cristã, que proíbe o suicídio e condena qualquer tentativa de retirar a vida do paciente. Mesmo assim, diversas sociedades e associações, com seus comoventes relatos, buscam demonstrar que uma morte e suas incertezas valem mais do que uma vida sem qualidade e sem perspectiva, cercada de sofrimentos.

O objetivo do presente estudo, portanto, é procurar por possíveis formas de buscar respostas na teologia cristã, que possam servir de substrato para uma ética condizente, que venha a buscar dignidade ao ser humano, mesmo nos momentos finais de sua vida terrena.

O artigo apresenta-se em três capítulos, que, apesar de divididos em uma sistemática kantiana, assim o faz de forma livre com o fito de caracterizar uma melhor exploração da temática, com o objetivo único de organizar os conteúdos em relação ao tema, em que as implicações temáticas são exploradas com o objetivo de conduzir a uma possível conclusão quanto à alternativa mais adequada de conduta a ser observada.

Em seu primeiro capítulo, procura-se abordar o que é de conhecimento quanto ao suicídio assistido. Parte-se dos conceitos principais, adentrando a visão histórica em relação ao suicídio e, ao final, adentrando a visão ética e bioética quanto às conotações atuais em relação ao suicídio assistido.

No segundo capítulo, procura-se destacar os objetos que devem ser de conhecimento em relação ao suicídio. A partir de uma visão ética cristã, objetiva-se ponderar a respeito da forma de mudança de ver a morte, a importância da morte no ser humano e um estudo quanto ao suicídio em si.

Em seu último capítulo, abordam-se as alternativas que podem ser esperadas pelo ser humano, como também implica apresentar formas de condutas éticas aceitáveis. Aborda-se, assim, a questão da dor e do sofrimento e a eventual existência de utilidade nestas. Num segundo momento, apresentam-se as formas terapêuticas que poderiam servir como alternativas ao suicídio assistido. Busca-se verificar alternativas que procurem resgatar a dignidade do ser humano, também em meio ao sofrimento e no leito de morte.

Cumprir destacar que esta obra procura expor tão-somente excertos bibliográficos, não se servindo para consumir os assuntos trazidos no trabalho.

Procura-se dar um enfoque na doutrina teológica cristã, bíblico centrada, em especial no campo da ética, fazendo, contudo, apoio e pontes em outras áreas do conhecimento humano, tal como a medicina, a filosofia, a bioética e a poimênica cristã.

II. O QUE DEVEMOS SABER

1. Conceito e problemática

A morte é a realidade última e certeza a todo ser humano. Independente de a morte trazer ou não esperança, ela é procurada como forma de abreviação de uma vida marcada pelo sofrimento, tanto físico, emocional ou espiritual. A busca pela morte incerta aparenta ser mais tentadora do que a certeza de uma vida na qual não se possui mais qualidade. Quando intentada pelo próprio agente, trata-se do suicídio.

Contudo, nem sempre a pessoa se encontra em condições de

praticar atos que venham a levar à própria morte, além da possível ausência de coordenação psicomotora ou pela falta de conhecimento em como obter a morte. Para tal, surge a necessidade do auxílio para a obtenção da morte, ou, em outros casos, o requerer com que um terceiro, capaz, realize-a em concretização dos interesses dos desejos de seu solicitante.

Assim, o suicídio assistido é o fornecimento de meios para que uma pessoa que planeja se matar alcance o seu objetivo.² Maria Helena DINIZ coloca que, no suicídio assistido, “[...] a morte advém de ato praticado pelo próprio paciente, orientado ou auxiliado por terceiro ou por médico”.³ Caracteriza-se pela vontade voluntária e firme feita por uma pessoa em requerer auxílio para morrer.⁴

Dá-se o nome de eutanásia à morte causada por terceiro ou médico ao paciente, quando feito com o consentimento da vítima. No entanto, o suicídio assistido também pode ser classificado como uma forma de eutanásia. Seria a chamada eutanásia voluntária.⁵

Eutanásia, do grego “a boa morte” ou “a morte suave”, implica designar a morte “ideal”, feliz e sem sofrimentos. A conotação dada à facilitação da morte a pacientes terminais atribui-se a Francis Bacon, no século 16, quando este aconselhara aos médicos para que aliviassem os sofrimentos de seus pacientes por meio de uma morte

2 CUNDIFF, David. *A eutanásia não é a resposta*. Instituto Piaget: Lisboa, 1992, p. 16.

3 DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 4ª. edição. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 336 e 337.

4 YOUNG, Robert. Art. “Voluntary euthanasia”. In: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (EUA), Outono de 2008. Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

5 PRAXEDES, Herbert. Art. “Paciente terminal”. In.: MARTINS, Ives Gandra da Silva (coordenação). *Direito fundamental a vida*. São Paulo: Quartier Latin, 2005, p. 589

tranquila e fácil.⁶

Na prática, a eutanásia é a morte causada, na maioria das vezes, pelo profissional de saúde com o objetivo de aliviar as dores sofridas pelo paciente.⁷ É classificada como *ativa*, quando praticada pelo profissional de saúde. *Negativa*, quando a morte é causada pela falta de cuidados adequados ou da decorrência da interrupção do tratamento médico, em troca de cuidados paliativos que visam tão-somente evitar o sofrimento.⁸ Classifica-se ainda, em sua forma, como *voluntária*, quando o paciente provoca a sua própria morte (no caso, o suicídio assistido); *involuntária*, quando praticada sem o consentimento deste e; *consentida*, quando o próprio paciente autoriza que se lhe retire a vida.⁹

Na atualidade, muitas entidades, com forte clamor popular impactante, têm procurado garantir a legitimização do paciente em optar pelo suicídio assistido ou pelo “homicídio consentido”. Os movimentos promovem a caracterização do direito de morrer, como sendo uma morte dignificante, principalmente “ante ao fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento, empregando-se em regra, recursos farmacológicos, por ser a prática indolor de supressão

6 MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 53.

7 Segundo Herbert PRAXEDES, op. cit., p. 588ss, a eutanásia possuiria duas formas de classificação. Em sua primeira classificação, a eutanásia seria ativa (quando efetuada pelo profissional médico com o fito de causar a morte) ou passiva (quando são deixados de prestar os cuidados necessários para a manutenção da vida – desligamento da sonda de alimentos, dos tubos de oxigênio). Em sua segunda classificação, a eutanásia poderia ser voluntária (suicídio), involuntária (sem o consentimento do paciente) ou consentida (quando requerida pelo paciente).

8 Aborda-se o tratamento paliativo no capítulo 3 desta obra.

9 José Luiz de Souza MARANHÃO, op. cit., p. 57 e 58.

da vida”.¹⁰

2. O suicídio na história do mundo

A história da humanidade, de diversas formas e modalidades, considerou como moralmente aceitável a morte (própria ou causada) de pessoas que não possuíssem sua dignidade de vida diminuída ou que viessem a se caracterizar um incômodo social. Citamos DINIZ, que destaca as práticas de senicídio, eutanásia ativa ou passiva e o infanticídio em diversas culturas:

“Entre os povos primitivos era admitido o direito de matar doentes e velhos, mediante rituais desumanos. O povo espartano, por exemplo, arremessava idosos e recém-nascidos deformados do alto do Monte Taijeto. Em Atenas, o Senado ordenava a eliminação de anciãos doentes, ministrando-lhes veneno (*conium maculatum*) em banquetes especiais. Já houve até mesmo quem afirmasse que os guardas judeus tinham o hábito de oferecer aos crucificados o *vinho da morte* ou vinho Moriam, contendo substâncias causadoras de um sono profundo e prolongado, para que não mais sentissem as terríveis dores e caíssem em letargia, passando insensivelmente à morte. Os brâmanes eliminavam recém-nascidos defeituosos e velhos enfermos, por considerá-los imprestáveis aos interesses comunitários. Na Índia lançavam no Ganges os incuráveis, mas antes lhes vedavam a boca e as narinas com lama sagrada. Na Birmânia enterravam-se, com vida, idosos e doentes graves. Na Antiguidade romana, Cícero afirmava (*De Leibus*, III, 8, 19) que era dever do pai matar filho disforme, e César, ao colocar seu polegar para baixo, autorizava a eutanásia, concedendo ao gladiador um modo de escapar da desonra e da morte com grande agonia. Os povos nômades das regiões rurais da América do Sul, para evitar que ancião, ou enfermo, sofresse ataque de animais, matavam-no. Os celtas matavam crianças disformes, velhos inválidos e doentes incuráveis. No Japão, outrora, o

10 Maria H. DINIZ, op. cit., p. 339.

filho primogênito tinha o ônus de abandonar pais idosos e doentes na Colina da Morte, onde acabavam falecendo. Na era medieval, entregava-se ao soldado mortalmente ferido o punhal de misericórdia para que, com ele, se suicidasse, evitando um prolongado sofrimento ou que viesse a cair em poder do inimigo, mas, nesse caso, não vislumbramos eutanásia ativa alguma, mas sim induzimento ao suicídio. O povo esquimó ainda tem o costume de deixar doentes e idosos sobre o gelo, abandonando-os à sua sorte, até que a morte chegue”.¹¹

Mesmo que, em Hipócrates, do qual se extrai o juramento dos médicos se cite que “eu nunca darei uma droga letal a alguém, se assim for solicitado, nem farei qualquer sugestão a esse respeito”,¹² não há nessa citação uma vedação ao suicídio nem à busca de todos os meios para se manter a vida de uma pessoa. Embora seja uma conduta a ser observada pelo profissional médico, o fornecer meios para a morte, tanto os gregos bem como os romanos eram tolerantes ao suicídio.¹³ Cumpre destacar que, tanto Aristóteles quanto Platão eram favoráveis à morte de crianças disformes e também de idosos. Dentro da história romana, também se destacam a exaltação do suicídio, como ocorrido com Sêneca, Epíteto e Plínio, o jovem.¹⁴

Na tradição ocidental, a repressão ao suicídio, de uma forma geral, surgiu da influência do cristianismo, ao entenderem ser o suicídio uma prática condenável. Como exemplo do ensino eclesiástico, está São Tomás de Aquino que, utilizando-se da visão da divisão do ser humano em corpo, alma e espírito, disse que o suicídio seria um caso sem solução diante de Deus, pois o suicida

11 Maria H. DINIZ, op. cit., p. 341 e 342.

12 Herbert PRAXEDES, op. cit., 591.

13 Robert YOUNG, loc. cit.

14 SGRECCIA, Elio. *Manual de bioética*. 2ª edição. São Paulo: Loyola, 2002, p. 602.

estaria, além de matar o seu corpo, matando o seu espírito.¹⁵

Com o posicionamento eclesiástico, em especial entre os séculos XIV e XX, o suicídio, e em especial a assistência ao suicídio, passaram a ser uma prática repudiada. Passou-se a valorizar a vida como dom supremo, não cabendo ao homem retirá-la. Destaca-se, em especial, o pensamento da *Common Law* inglesa que, entre os séculos XIV e XX, tomava o posicionamento em expressamente condenar tanto o suicídio como a assistência ao suicídio.¹⁶

No entanto, no campo da filosofia, em especial na linha existencialista, defendia-se, como ainda se defende, a viabilidade da sociedade em eliminar as pessoas convalescentes. Destaque ao pensamento de Thomas More que, no século XVI, “em descrevendo uma comunidade utópica, concebia essa comunidade como uma que iria facilitar a morte daqueles cuja vida se tornara um incômodo resultante de ‘dor torturante e duradoura’”.¹⁷

No advento do século XX, contudo, a temática do suicídio assistido ganha novos enfoques, relacionados especificamente à ética médica diante do paciente dado como terminal. Em 1920, ocorreu a publicação do livro “*Permitting the Destruction of Life not Worthy of Life*”,¹⁸ da autoria do professor de psiquiatria Alfred Hoche, da Universidade de Freiburg, e do professor de direito Karl Binding, da Universidade de Leipzig, que defendiam a possibilidade de obter do médico, em situações controladas, assistência à morte.¹⁹

15 SØE, N.H.. *Christliche Ethik*. 3ª edição. Munique: CHR. Kaiser, 1965, p. 200.

16 *History of Euthanasia*. Disponível em <<http://www.euthanasia.com/historyeuthanasia.html>>. Acessado em: 1 Mar. 2010.

17 Robert YOUNG, op. cit., texto original em inglês, traduzido pela autora.

18 “Permitindo a destruição de uma vida que não vale a pena ser vivida” [tradução aproximada feita pela autora].

19 *History of Euthanasia*, loc. cit. (web).

Em 1935, criou-se na Inglaterra “*The Euthanasia Society of England*”, também conhecida como “*Voluntary Euthanasia Society*” (VES), formada por médicos, advogados e clérigos que pretendiam a legalização da eutanásia, mediante auxílio médico, para pessoas lúcidas e capazes, portadoras de doenças incuráveis, padecendo de dores não-tratáveis, em requerer sua morte mediante demonstração de vontade persistente em assim o fazer.²⁰

Foi com o julgamento dos crimes cometidos durante o nazismo na Segunda Guerra Mundial que surgiram os questionamentos quanto aos limites que a ciência teria no campo da experimentação com seres humanos, bem como da ética médica. Cumpre destacar que, entre 1939 a 1941, a eutanásia foi praticada de forma institucional. Sob o nome de “morte misericordiosa”, estima-se que foram eliminados aproximadamente 70.000 pessoas, inicialmente crianças com até três anos, portadoras de deficiências físicas ou mentais e, posteriormente, todas as pessoas que seriam elegíveis ao programa.²¹

O suicídio assistido e a eutanásia, por envolverem a ética médica e os dilemas oriundos das inúmeras possibilidades trazidas para a extensão da vida, mesmo em casos terminais, passaram a ser matérias de estudo da bioética. O dilema na condução da ética está em facilitar a morte ou permitir com que um paciente sofra sem motivo foi assumido pela ética médica.

Atualmente, diversos países institucionalizaram ou permitem a prática da eutanásia consentida ou do suicídio assistido. Contudo, o processo não é isento de falhas e de maiores ponderações. O

20 History of Euthanasia, web e Definition of VES (Voluntary Euthanasia Society). *MedicineNet.com*. San Clemente (California, EUA), 13 Nov. 1998. Disponível em <<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=7423>>. Acessado em: 1 Mar. 2010.

21 History of Euthanasia, web; Elio SGRECCIA, op. cit., p. 604.

principal fundamento que autorizaria a prática tanto da eutanásia consentida (suicídio assistido) como da voluntária encontra seu maior embasamento no princípio da autonomia.

De longa data, a Suíça, por uma falha legislativa, tem garantido com que sociedades promovam a eutanásia e o suicídio assistido. Na Holanda, após diversas investigações promovidas pelo Ministério Público, optou-se por inicialmente realizar um “acordo” entre médicos e autoridades governamentais, autorizando a prática do suicídio assistido, fato este, legalizado a partir de novembro de 2001.²² Nos Estados Unidos, os estados de Oregon, Washington e

22 A Holanda encontra embasamento legal para permitir a prática da eutanásia consentida toda vez que o paciente não tiver condições de realizá-la, ou suicídio assistido desde novembro de 2001, atendendo-se a diversos requisitos. Contudo, antes, entre as décadas de 1970 e 1980, foram iniciados diversos processos penais visando a verificar o acompanhamento de diversos casos pela prática de suicídio assistido. Esses processos não importaram em condenações e implicaram a criação de um acordo que garantia ao médico não ser processado ao fornecer todos os meios necessários para que o paciente pudesse praticar o suicídio, ou, efetivamente praticar a eutanásia consentida, desde que fossem observadas linhas mestras básicas. Seriam estas: a) manifestação voluntária e consciente do paciente; b) sofrimento não tratável e não aceitável ao paciente; c) de que o diagnóstico e prognóstico do paciente tivesse confirmação juntamente com outro médico.

No entanto, denuncia David CUNDIF, op. cit., p. 115 a 126, em sua obra, que, mesmo anterior a atual legislação que as permite, o suicídio assistido e a eutanásia holandesas não eram adequadas, vez que as linhas mestras seriam por demais vagas e ocorreram diversas práticas irregulares que, mesmo investigadas, não redundaram em processo de apuração de responsabilidade de conduta ou maiores penalizações, sendo que eventuais processos iniciados foram encerrados num prazo de seis meses. Pela análise dos casos a que teve acesso, destacou que não são conhecidos na Holanda qualquer forma de hospital de retaguarda (*hospice*); que os métodos de controle da dor são rudimentares, vez que a sua administração ficaria ao encargo do médico clínico geral, que seria o único a assistir o paciente durante toda a sua internação. Ainda, apurou que a eutanásia foi praticada em pessoas incapazes de apresentar sua opinião e inclusive em pessoas com idade inferior a 18 anos. Por fim, muitos preceitos deixaram de ser observados pelos médicos holandeses, tais como os de comunicar a prática da eutanásia à promotoria.

Califórnia passaram a permitir a prática do suicídio assistido após diversos referendos populares patrocinados, em grande medida, pela Sociedade Nacional Hemlok.²³

No Brasil, o suicídio assistido é penalizado sob a figura de “indução ao suicídio”. O ato de assistir o suicídio seria considerado como o apoio necessário para a sua consecução. A eutanásia é conduta criminalizada como homicídio.

3. A questão bioética

3.1. Breves noções históricas

A eutanásia, e nesta incluído o suicídio assistido são matérias estudadas pela bioética. A bioética, por sua vez, é a assim chamada

23 Nos Estados Unidos, a prática do suicídio assistido é permitida em alguns estados. O primeiro estado norte-americano a tutelar a prática é o Oregon, em 1997, num segundo referendo popular realizado. A Suprema Corte norte-americana, igualmente em 1997, entendeu que o suicídio assistido não seria um direito constitucional, embora fosse permitido em lei por alguns estados, de tal forma que o paciente não poderia requerer de seu médico a obrigação na prática do suicídio assistido.

David CUNDIFF, médico especialista no tratamento do câncer, apresentou sua obra com o objetivo de municiar a sociedade com argumentos para exatamente obter votos contrários à legalização da prática dos suicídios assistidos e da eutanásia consentida. Nessa obra, explica que a eutanásia, nos EUA, foi grandemente incentivada pela Sociedade Nacional Hemlok, fundada em Los Angeles, em 1980, pelo repórter Derek Humphry. Humphry, enquanto correspondente na Inglaterra, auxiliou no suicídio de sua esposa após um longo, doloroso e infrutífero tratamento contra o câncer. O caso ganhou notoriedade após a publicação da obra “Jean’s way” (O caminho de Jean), de sua autoria, no qual relata a saga sofrida por sua esposa. Após, publica ainda a obra “Final exit” (Saída final) no qual, em detalhes, relata diversos métodos de suicídio e relaciona diversos medicamentos disponíveis sem a necessidade de receituário que importariam na almejada morte. A Sociedade Nacional Hemlok patrocinou e requereu plebiscitos com o fim de aprovar projetos de lei que permitiriam a prática da eutanásia nos estados de Washington, Califórnia e Oregon (David CUNDIFF, op. cit., p. 95 a 103).

ética da vida e tem como primordial objetivo a preservação da vida humana. De sua origem, destaca-se o objetivo de garantir um meio de preservar a vida humana na terra, para posteriormente alcançar um dos campos das éticas aplicadas à saúde.

Atribui-se o termo “bioética” ao oncologista Van Rensselaer Potter que, em sua obra, *“The science of survival”*,²⁴ definia-a como uma questão ou um compromisso mais global frente ao equilíbrio e à preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta.²⁵ Posteriormente, o mesmo autor utilizou-se do termo e apresentou propostas para uma possível implementação em sua segunda obra, *“Bioethics: the bridge of the future”*,²⁶ publicado um ano após o livro precursor.

Como matéria de estudo, a bioética surge no movimento de reação às possibilidades surgidas com os experimentos realizados em seres humanos, tanto os ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial bem como às problemáticas médico-científicas ocorridas em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos. Em especial, suas origens remontam ao Relatório de Belmont, em abril de 1979. Esse relatório é fruto de uma comissão nacional criada pelo então Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos, e visava apresentar “Princípios éticos e procedimentos de conduta para a proteção em experimentações em seres humanos”.

O relatório parte da premissa de que as pesquisas

24 Tradução aproximada do inglês: “A ciência da sobrevivência” (tradução da autora).

25 COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARrafa, Volnei; OSELKA, Gabriel. Apresentando a bioética. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARrafa, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 15.

26 Tradução aproximada do inglês: “Bioéticas: a ponte para o futuro” (tradução da autora).

científicas trouxeram benefícios sociais inestimáveis. Contudo, em contrapartida, reconhece-se que igualmente trouxeram conflitos éticos com as acusações de abusos extremos na prática das pesquisas. O Código, por sua vez, inovava ao determinar que seriam apresentados princípios, e não um código de normas, como ocorrera em outras situações, a exemplo do Código de Nürenberg, criado com o objetivo específico de penalizar os médicos e cientistas envolvidos nos macabros experimentos realizados com seres humanos no decorrer da Segunda Guerra Mundial.

Com a colocação desses princípios, estaria assim criada a ética principialista. Ou seja, entendia-se que os princípios, pela sua importância, serviriam de maior valia do que algum código de conduta, que, por si só, não poderia prever todas as diversas complicações inerentes. Disponha o relatório:

“Three principles, or general prescriptive judgments, that are relevant to research involving human subjects are identified in this statement. Other principles may also be relevant. These three are comprehensive, however, and are stated at a level of generalization that should assist scientists, subjects, reviewers and interested citizens to understand the ethical issues inherent in research involving human subjects. These principles cannot always be applied so as to resolve beyond dispute particular ethical problems. The objective is to provide an analytical framework that will guide the resolution of ethical problems arising from research involving human subjects.”²⁷

27 Tradução aproximada do inglês: “Três princípios, ou prescrição de juízos gerais, que são relevantes para a pesquisa envolvendo seres humanos são identificados nesta declaração. Outros princípios serão também relevantes. Estes três princípios, contudo, são compreensivos e se iniciaram em um nível de generalização que deverá servir a cientistas, a pessoas envolvidas em experimentos científicos, revisores, cidadãos interessados em entender problemas éticos relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos. Estes princípios nem sempre poderão ser aplicados com o objetivo de resolver disputas particulares em problemas éticos. O objetivo é de prover uma moldura

Os princípios previstos no relatório seriam os de respeito pelas pessoas, nos quais, todas as pessoas são autônomas, e que suas decisões devem ser respeitadas enquanto não venham a prejudicar outras pessoas, e, quando não possuírem condições de “autodeterminação”, deveriam ser protegidas.

O segundo princípio seria o da beneficência, de que o profissional, ao tratar o ser humano, deveria procurar pelo bem-estar deste. O princípio previa duas premissas, quais seriam a de não prejudicar, em primeiro lugar, e, em segundo plano, maximizar os possíveis benefícios e minimizar os possíveis danos.²⁸

O terceiro princípio previsto seria o da justiça. O relatório, para explicar a justiça, utiliza-se de seu antagonismo, para informar que “*An injustice occurs when some benefit to which a person is entitled is denied without good reason or when some burden is imposed unduly*”.²⁹ Adiante, o relatório suscita que a justiça deve ser distribuída, com suas responsabilidades e seus benefícios, a todas as pessoas, em igual proporção; a cada pessoa de acordo com suas necessidades; a cada pessoa, de acordo com seu esforço individual; a cada pessoa, de acordo com sua contribuição social e; a cada pessoa,

analítica que irá guiar a resolução de problemas éticos que surgirão com o a pesquisa envolvendo seres humanos” (tradução da autora). The Belmont Report. U.S. Department of Health & Human Services. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm>. Acessado em: 13.03.2010.

28 KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. “Princípio da beneficência e não-maleficência”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 46.

29 Tradução aproximada do inglês: “Uma injustiça ocorre quando algum benefício ao qual a pessoa teria direito é negado sem uma boa razão ou quando uma carga é imposta impropriamente” (tradução da autora).

de acordo com os seus méritos.³⁰

Após, em 1979, os professores Childress e Beauchamp publicaram a obra “*The principals of Bioethics*”, na qual, ao abordarem a questão principialista da bioética, entendiam por diferenciar a beneficência da não-maleficência. Ademais, utilizam-se da experiência obtida da participação junto à comissão elaboradora do Relatório de Belmont para refinar eventuais incompletudes das ideias nela sufragadas.³¹

O modelo principialista não permanece mais hoje como sendo o único em bioética. Cumpre destacar que os princípios seriam meramente pragmáticos ao apenas abordarem a prática, sem haver a preocupação com a fundamentação dos princípios em si.³² Igualmente, na doutrina europeia, foram criados diversos modelos divergentes, cumprindo, aparentemente, à bioética a função de harmonizá-los.

Contudo, mesmo assim, o modelo principialista criado continua sendo validamente aceito por um grande número de estudiosos, pois, como colocam PESSINI e BARCHIFONTAINE, que assim afirmam:

“O bom-senso aconselha ver os princípios como instrumentos para interpretar determinadas facetas morais de situações e como guias para

30 The Belmont Report.

31 PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE. Art. “Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 87.

32 Neste sentido, destaca-se a ideia de Elio SGRECCIA (op. cit., p.77 e 78) ao entender que a forma principialista baseia-se, em certa forma, na idéia utilitarista, em sua vertente contratual, indicando que a ética pública deve ser pautada sobre alguns fundamentos, que, no entanto, em sua forma pragmática, carecem de um fundamento que as venha efetivamente sustentar.

ação. Abusos de princípios ocorrem quando modelamos as circunstâncias para aplicar um princípio preferido e acaba-se caindo no ‘ismo’, e não se percebe mais que existem limites no procedimento principialista considerado como infalível na resolução de conflitos éticos”.³³

3.2. Do conceito de bioética e sua problemática

A bioética, por sua origem, encontra-se relacionada intimamente com a ética *prática*, que visaria à busca da conduta adequada e ao agir correto. Seu foco de atenção seriam a vida e a saúde. Caracteriza-se pela ética aplicada, abrangendo, dentre outras, também a ética da saúde.³⁴

A bioética, pelos motivos que originaram sua criação, está na verificação das atrocidades ocorridas sob o regime nazista durante a Segunda Guerra Mundial. Trata-se de reação ao repúdio experimentado pela sociedade aos experimentos realizados em seres humanos, como se cobaias fossem.

Somam-se ainda das possibilidades que a ciência adquiriu ao longo do século XX em manipular geneticamente. Questionou-se por limites que o direito não oferecia e que a conduta ética não havia se posicionado. Tratava-se de novas fronteiras que envolviam a necessidade de reflexão novamente a respeito dos experimentos em humanos, como também, das consequências universais à humanidade dos experimentos “laboratoriais” que envolviam a fertilização *in-vitro*, por exemplo, e da necessidade de se “delimitar o início da vida” para legitimar o aborto.

33 Léo PESSINI e BARCHIFONTAINE, op. cit., p. 87.

34 KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. “Princípio da beneficência e não-maleficência”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 41.

Num terceiro aspecto, ainda, encontra-se a evolução dos tratamentos médicos disponíveis a ponto de, mesmo não havendo solução para a recuperação da saúde, a morte certa é passível de ser adiada. A vida passa a ser mantida pela oxigenação artificial, e a manutenção de todos os demais sinais vitais, por meio de outras sondas e equipamentos. Contudo, a vitória sobre a morte certa traz resultados amargos, pois a manutenção da vida significará maiores tormentos ainda para pacientes e seus familiares. Nesse ponto, em especial, toca-se na questão da bioética, que aborda o momento adequado para a morte.³⁵

SGRECCIA expõem sobre os objetivos da bioética da seguinte maneira:

“[...] a bioética aí está como tentativa de reflexão sistemática a respeito de todas as intervenções do homem sobre os seres vivos, uma reflexão que se propõe um objetivo específico e árduo: o de identificar valores e normas que guiem o agir humano, a intervenção da ciência e da tecnologia sobre a própria vida e sobre a biosfera”.³⁶

A bioética surge, em boa medida, dos problemas trazidos da pesquisa científica concentrada a partir do pós-modernismo, que, segundo WESTPHAL, estaria concentrada no performatismo, na busca “escatológica” da eternidade, do antropocentrismo e da capacidade criadora do próprio homem.³⁷ Por sua vez, LEOPOLDO E SILVA destaca a falha da autonomia da ética kantiana em produzir a felicidade. Pelo contrário, o ser humano foi libertado de dogmas

35 PESSINI, Leo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?*, São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2001, p. 29 a 31.

36 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 57.

37 WESTPHAL, Euler Renato. *O oitavo dia. Na era da seleção artificial*. São Bento do Sul: União Cristã, 2004, p. 22, 29-30.

religiosos e históricos que supostamente o aprisionavam para fazê-lo submeter-se ao progresso técnico. Citamos:

“O que se nota é que a emancipação não se realizou porque as exigências do progresso técnico fizeram com que as instâncias de controle em todos os aspectos da vida se tornassem autônomas, o que trouxe como consequência a submissão do indivíduo a tais mecanismos num mundo totalmente administrado. Tais instâncias de controle não pesam sobre o indivíduo como a fatalidade das forças naturais ou a autoridade eclesiástica. Elas foram estabelecidas como mecanismos racionais absolutamente necessários num mundo regido pelo progresso técnico. Isto significa que foram introjetadas na consciência do homem moderno como parâmetros naturais de relacionamento com os outros e com o mundo. Esta adonomização dos critérios da racionalidade provocou uma inversão entre os meios e o fim: o que redundou na dificuldade de se dimensionar, no mundo contemporâneo, a capacidade de discernir os fins à possibilidade de mobilizar os meios. Nunca se dispôs de tantos meios, e nunca eles estiveram tão distanciados dos fins a que deveriam servir. Ora, estabelecer a relação entre meios e fins é problema ético. A característica da contemporaneidade é a incapacidade de estabelecer esta relação pensando o prático, ou seja, o universo da realização humana, como finalidade do progresso técnico. O que se observa, então, é a constante reposição das condições do progresso técnico como se este fosse uma finalidade em si mesmo. A racionalização do social, do político, do econômico e até da instância cultural significa a administração de todos os aspectos da vida através de parâmetros de objetividade técnica, o que se traduz principalmente na hegemonia da tecnocracia”.³⁸

A bioética, embora não se limitando aos aspectos da saúde, encontra-se ligada à ética da saúde, como campo das éticas aplicadas; surge, portanto com uma dupla finalidade, que seria em diminuir a

38 LEOPOLDO E SILVA, Franklin. Art. “Da ética filosófica à ética em saúde”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 31 e 32.

distância, na modernidade da ética do conhecimento, e a busca de instrumentos que questionem os feitos da ciência com o de valor, colocando em cheque o progresso científico alcançado.³⁹

A bioética, por sua vez, parte do resgate da dignidade humana, pois, à medida que o ser humano visa ser beneficiado com o progresso científico, o ser humano deve ser o critério para avaliar seu progresso. E, para tal, resgata-se, da ética kantiana, que o homem somente poderá ser visto como fim, e não como meio.⁴⁰

“[...] A Bioética é a *ética da vida*, quer dizer, de todas as ciências e derivações técnicas que pesquisam, manipulam e curam os seres vivos. A *ética da saúde* ocupa lugar proeminente neste conjunto, uma vez que se ocupa de questões que têm a ver com a manutenção da vida no caso dos seres humanos. Sendo a vida o primeiro de todos os direitos, a ética da saúde enraíza-se profundamente no solo dos direitos humanos, e no seu estudo vamos encontrar, como regras de normatização, alguns dos grandes princípios que vimos aparecer no percurso da ética filosófica. A autonomia, quer dizer, o direito à liberdade, o respeito ao ser humano considerado como fim (que em Bioética recebe o nome de beneficência) e a justiça, isto é, a equidade de todos os indivíduos inscritos no reino da humanidade. Considerados como princípios absolutos não se pode dizer que qualquer um deles tenha sido plenamente realizado em qualquer época ou circunstância histórica. Ou são proposições da ética filosófica ou são ideais presentes nas grandes transformações políticas, por exemplo, nas grandes revoluções da era moderna, que entretanto os traíram no próprio ato de tentar realizá-los, como correu na Revolução Americana, na Revolução Francesa e na Revolução Russa”.⁴¹

A maior parte dos estudiosos da bioética passou a adotar a linha principialista, tal como adotada por Beauchamp e Childress,

39 Franklin LEOPOLDO E SILVA, op. cit., p. 32.

40 Franklin LEOPOLDO E SILVA, op. cit., p. 33 e 34.

41 Franklin LEOPOLDO E SILVA, op. cit., p. 35.

em 1979, em sua obra *“The principles of bioethics”*, desenvolvendo quatro premissas básicas que seriam: o princípio da não-maleficência, da justiça, da beneficência e da autonomia.⁴²

A solução dos conflitos no campo da bioética não se apresenta como uma tarefa fácil. Por abarcar um pluralismo ético, é presumível que não haja a harmonia necessária e a generalidade nas tomadas de opiniões. Razão pela qual, a observância de princípios (linha principiológica) passou a ser o método mais difundido e comum com o fito de resolver os problemas bioéticos inerentes.⁴³

Para tal, SGRECCIA propõe que os métodos de pesquisa em bioética devem guardar um triplo vértice, qual seria, a biologia, a antropologia e a ética. De tal forma que o problema trazido pela biologia encontre seu respaldo nos valores defendidos pela antropologia, e a solução deve igualmente estar relacionada aos conceitos e valores fundamentais da pessoa humana.⁴⁴

3.3. O suicídio assistido como problema bioético

O suicídio assistido, bem como todas as formas de eutanásia, distanásia, mistanásia, passou a ser assunto de estudos da bioética por conta das diversas alterações ocorridas em relação à própria forma de morrer na sociedade ocidental. No início do século XX, a morte era um acontecimento que ocorria no seio da sociedade. Ao pressentir a morte, reuniam-se os familiares, vizinhos e amigos em torno da cama onde jazia o moribundo para lhe prestar uma homenagem ainda em vida. Era lhe ministrada uma cerimônia simples e ouviam-se as

42 Sérgio COSTA, Volnei GARRAFA, Gabriel OSELKA, op. cit., p. 15.

43 Délio KIPPER e Joaquim CLOTET, op. cit., p. 42.

44 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 82.

últimas mensagens que este teria a seus entes queridos.⁴⁵

O problema passa a ter relevância ética quando se verifica que, a partir dos anos 30, a morte passou a ocorrer de forma solitária num leito hospitalar, na esperança de que a tecnologia e o conhecimento médico pudessem devolver a saúde perdida do paciente.

“Um dos fatores importantes nessa mudança de atitude [morte como um assunto por ser evitado], mitologização da morte foi o deslocamento do lugar da morte. Mais da metade de todos os moribundos, nas nossas grandes cidades, passa a última etapa de suas vidas em um hospital, tendência esta que é de continuar crescendo em larga escala. Entre outros motivos, a transferência da morte para o hospital foi gerada pelo extraordinário avanço técnico da medicina e da cirurgia; o surgimento das especialidades médicas; o desaparecimento da figura do médico da família; o número elevado de pacientes que, em geral, os médicos assumem, o que os impede de se deslocarem continuamente; a presença nos hospitais de instrumentos de alta tecnologia, pesados e em pequeno número, que permitem tratamentos mais eficazes do que os dispensados em casa. Tudo isto é exato, mas o hospital impõe, em contrapartida, aos moribundos uma agonia muitas vezes mais penosa que a vivida em casa. Ele possibilita o prolongamento da vida dos doentes pelo maior tempo possível, mas não os ajuda a morrer”.⁴⁶

Apesar das evidentes facilidades e constantes melhorias trazidas nas ciências médicas, o preço a ser cobrado é caro. Não é de causar espanto que exista a despersonalização da morte e a perda da dignidade do ser humano. O ser humano, que antes habitava em família, encontra-se agora solitário num leito de hospitalar, onde estão igualmente outros vários doentes. Diante das limitações estruturais, não se permite com que o paciente receba todo o apoio familiar e dos amigos, muito menos uma cerimônia tal como a de extrema unção.

45 José L. MARANHÃO, op. cit., p. 8 e 9.

46 José L. MARANHÃO, op. cit., p. 12 e 13.

Considerando o número de profissionais que irão tratar o paciente, é possível que este sequer saiba o nome de seus “benfeitores”; existe a despersonalização. Diante do grande número de pacientes para cada médico, e da urgência que todos estes requerem, perde-se o relacionamento em troca da ministração das técnicas médico-curativas.⁴⁷

Considerando-se o ideal utilitarista da sociedade industrial pós-moderna, o paciente moribundo é destituído de qualquer valor, pois nada faz e nada produz. Pelo contrário, consome recursos preciosos, uma vez que se utiliza de uma dispendiosa estrutura hospitalar, que, por ironia, é encarecida pela lucrativa indústria médico-farmacêutica.⁴⁸ Não suficiente, a morte é anulada tanto no ambiente hospitalar como na sociedade. A morte, no hospital, ocorre de forma disfarçada e dissimulada. Na sociedade, as cerimônias devem ser discretas, e o luto, contido.

“Eis aí a que a sociedade ocidental contemporânea reduziu a morte e tudo o que a ela está associado: um nada. Não satisfeita em privar o indivíduo de sua agonia, de seu luto e da nítida consciência da morte, de impor à morte um tabu, de marginalizar socialmente o moribundo, de esvaziar todo o conteúdo semântico dos ritos tanáticos, a sociedade mercantil vai além, ao transformar a morte num resíduo irreconhecível. Ela já não é mais um destino. O que é existe é a sua relação negativa com o sistema de produção, de troca e de consumo de mercadoria. É o estado de não-produção, de não-consumação. Ao negar a experiência de morte e do morrer, a sociedade realiza a coisificação do homem”.⁴⁹

A evolução dos meios terapêuticos para se obter a cura

47 José L. MARANHÃO, op. cit., p. 13 e 14.

48 José L. MARANHÃO, op. cit., p. 14 e 15 e David CUNDIE, op. cit., p. 182 e ss.

49 José L. MARANHÃO, 1987, p. 19.

trouxe igualmente uma alteração na visão do profissional do médico. MARTIN destaca que, no período pré-moderno, os médicos eram cientes de suas limitações como profissionais e igualmente de seus recursos para postergarem a morte. De tal forma que, “muitas vezes, o papel do médico não era curar, mas sim acompanhar o paciente nas fases avançadas de sua enfermidade, aliviando-lhe a dor e tornando o mais confortável possível a vivência de seus últimos dias”.⁵⁰ Acompanhado dos ritos religiosos, os rituais médicos serviam para garantir um final de vida tranquilo e feliz.⁵¹

Entretanto, com os avanços criados nas ciências médicas, surge a arrogância destas diante das diversas enfermidades que hoje podem ser tratadas e que causavam a morte outrora. Contudo, o médico, de profissional liberal que antigamente era, passa a ser funcionário de uma “empresa hospitalar”, servindo como meio para propiciar a cura.⁵²

Ainda evidencia-se que o enfoque das ciências médicas se altera; se, antes, a atenção estava centrada no paciente, no final do século XVIII passa a ser nas doenças que o paciente carrega. A morte deixaria assim de ser um desígnio de Deus para passar a ser de domínio do profissional médico, que passa a produzir diversos tipos de morte, todas específicas, dominadas pelo conhecimento médico.⁵³

THIELECKE comenta também, quando aborda a crise médica, que não se permite a perfeita possibilidade de comunicação

50 MARTIN, Leonard. M.. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 173.

51 Leonard MARTIN, op. cit., p. 173

52 MARTIN, op. cit., p. 173 e 174.

53 Léo PESSINI, op. cit., p. 27.

entre médico e o paciente. O médico está treinado em restaurar a vida do paciente, não admitindo a possibilidade de perdê-la. Esse seria também um dos problemas para o qual o médico possui dificuldades em se comunicar com o paciente moribundo:

“Sin duda esta falta de comunicación también está condicionada por una crisis del médico a la vista del paciente moribundo. Esta crisis resulta no sólo del hecho de que é personalmente todavía no ha resuelto el problema del tener que morir o lo ha esquivado, sino también, y quizás sobre todo, por su status que le convierte en abogado de la vida. Por esto, la muerte del paciente se experimenta como una especie de derrota personal. El médico es asimismo un abogado que pierde su proceso y se le presenta el límite de su poder. No es extraño, pues, que se cubra y vuelva los ojos”.⁵⁴

Pelo colocado, a morte sofreu bruscas alterações no século passado, passando de evento social para um evento hospitalar. Por sua vez, pelas limitações inerentes das atividades hospitalares, concentradas num único local, o paciente moribundo passa a ser apenas um objeto. E, por nada produzir, sem valor. A questão, portanto, de adiantar a morte atendendo a pedidos do paciente passa a ser questão inerente da bioética.

3.4. O suicídio assistido e a bioética

Os entendimentos em relação à possibilidade do paciente, em sofrendo dores atrozes, obter auxílio para adiantar sua própria morte encontram uma dupla problemática junto à bioética. A primeira, nos clamores vindos da sociedade em torno do pedido de reconhecimento do direito de morrer (também chamado de morrer com dignidade) e, num segundo ponto, a divisão dos pesquisadores da bioética,

⁵⁴ Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 69.

apoiados nos movimentos filosóficos, em torno do assunto, variando o enfoque conforme os diversos modelos de bioética existentes.

Os clamores da sociedade encontram-se relacionados com a veiculação, das demais diversas formas, da ideia de que a todo ser humano é reconhecido o direito de igualmente vir a ter uma morte feliz, sem sofrimento, como característica inerente à qualidade de vida. Essa “propaganda” em torno da morte com qualidade tenta destacar igualmente o direito que o paciente terminal tem em causar a própria morte, por deliberação unicamente sua. Não por pouco, verificam-se os diversos sítios dispostos na internet, visando a ver garantido o direito de morrer com qualidade, sem sofrimentos, e adiantado no interesse do paciente.

Dentre os documentos disponibilizados, por exemplo, pela clínica Dignitas, localizada na cidade de Forch, na Suíça, especializada em preparar e garantir todos os meios para que uma pessoa venha a se suicidar, destaca como fundamentos filosóficos de suas atividades o respeito à liberdade e autonomia de cada pessoa em se autodeterminar, em realizar sua própria história, na solidariedade aos mais fracos e, em relação às atividades específicas, o pluralismo das ideias e a democracia.⁵⁵

Outro ponto de vista defendido se encontraria em certa ideia racionalista de que o homem encontra-se por um acaso neste mundo e, sem poder mais fruir dos prazeres que este lhe garante, sendo obrigado a manter-se em constante sofrimento, teria portanto a liberdade de poder optar pela morte.⁵⁶

55 DIGNITAS. *Wie funktioniert DIGNITAS? Auf welcher philosophischen Grundlage beruht die Tätigkeit dieser Organisation?* Forch (Suíça): Dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch>> Acessado em 14.03.2010.

56 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 609 (em especial, ao fazer menção às ideias que cunha como sendo advindas do cientismo racionalista e humanista de

SGRECCIA parte do aspecto antropológico pelo estudo de como diversas culturas viam e incorporavam em suas tradições o suicídio ou a morte de seus anciões. Essa prática mudou com o advento do cristianismo, provocando uma mudança comportamental em relação à morte.⁵⁷

Por sua vez, dentro da bioética, o suicídio assistido (e vez ou outra a eutanásia) é apoiado conforme o modelo de pensamento bioético aplicado. Nesse sentido, quando aplicado ao modelo subjetivista ou liberal-radical,⁵⁸ que preza pela aplicação do princípio da autonomia total dos seres humanos, limitada unicamente à liberdade do outro, existe uma total destituição da moral, permitindo, nesse sentido, a validação do entendimento de que ao ser humano estaria possibilitado pôr um final a sua própria existência, além de poder exercer domínio sobre seres que não gozam de autonomia moral (fetos, embriões, moribundos).⁵⁹

Diante das críticas surgidas em torno do modelo subjetivista ou liberal-radical em relação ao plano social, surgem as ideias pragmático-utilitaristas, que, defendendo o individualismo, colocam regras de ética social. O utilitarismo, em síntese, é a avaliação dos atos humanos em função de seus custos e de seus benefícios. No neo-empirismo, traduz-se pela maximização do prazer e da minimização da dor. De tal forma, verificando-se que, não havendo mais “prazeres” em função das dores enfrentadas por um paciente terminal, a sua

Monod).

57 Conforme Elio SGRECCIA, op. cit., p. 601 a 603.

58 Que segundo Elio SGRECCIA (op. cit., p. 71), envolveria o neo-iluminismo, o liberalismo ético, o existencialismo niilista, o cientismo neopositivista, o emotivismo e o decisionismo.

59 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 73.

morte é uma escolha legítima.⁶⁰

Mesmos os entendimentos filosóficos que procuravam mitigar os efeitos do utilitarismo, como forma ética, em especial quando verificado que algumas categorias de pessoas deixavam de ser pessoas (doentes, pessoas incapazes, crianças até certa idade), não retiraram o subjetivismo da pessoa, embora procurassem garantir uma ética pública que tutelasse pelos inválidos. Nesse ponto, destacam-se as correntes do contratualismo, a ética fenomenológica e outros.⁶¹

Com o objetivo de criar uma ética intersubjetiva, encontra-se J. Habermas, que determinava que a comunicação deveria ser a forma de identificar os valores que permitiriam uma sociedade de limitar a conduta de seus indivíduos, de tal forma que a norma seria aderida pelo consenso.⁶² Sob essa ótica, permitir-se-ia entender que a eutanásia seria um assunto ainda em aberto.

Por fim, o método personalista visa a garantir o resgate da importância da pessoa, pela sua característica de ser único na sociedade. De tal forma que o ser humano torna-se a medida de todas as coisas, desde sua concepção até a sua morte, para definir a licitude ou não da medida. Esse modelo possui forte visão embasada no cristianismo, destacando-se o ser humano como criação divina. Mesmo que se permita o subjetivismo, este se encontra subordinado à ética objetiva, ou deontológica, à qual deve se subordinar.⁶³ Os adeptos do método personalista tendem, por regra, entender que o suicídio assistido não é medida por ser considerado digno, e entendem a eutanásia como homicídio.

Por sua vez, SGRECCIA se posiciona de forma desfavorável

60 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 73-75.

61 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 75-77.

62 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 77.

63 Elio SGRECCIA, op. cit., p. 78-80.

ao suicídio assistido. Entende que este seria o fruto da suposta autonomia trazida pelo secularismo, a partir do momento em que a morte deixa de possuir sua conotação divina. Chega, nesse ponto, ao extremo de sustentar que a morte é hoje a substituição da conotação metafórica dada ao sexo antigamente. De sua obra, colocamos:

“A mentalidade secularizada tem, como se sabe, diversos graus: pode se exprimir como justa apreciação da autonomia relativa e do valor das realidades temporais; exprime-se também como interesse exclusivo pelas realidades mundanas e, além disso, como rejeição de qualquer dependência do homem em relação a Deus e à lei moral. É com estas duas atitudes que a secularização revela sua incapacidade de dar sentido à dor e à morte. A morte só terá um sentido se, privando o homem dos bens terrenos, abrir a esperança para uma vida mais plena. A incapacidade de dar sentido à morte leva a duas atitudes relacionadas entre si: de um lado, ela é ignorada e banida da consciência, da cultura, da vida e, sobretudo, é excluída como critério da verdade e de avaliação da existência quotidiana; de outro lado, é antecipada para se fugir de seu choque com a consciência.”⁶⁴

Ademais, para fundamentar sua posição, utiliza-se da ética católica, da qual fundamenta que o ser humano não é o dono de sua vida. Sustenta que “[...] o suicídio deve ser condenado porque é contrário à inviolabilidade da vida, à dignidade da pessoa bem como ao respeito à Bondade do Criador”.⁶⁵

O argumento esposado por SGRECCIA repercute também pela sustentação de que o suicídio não seria uma escolha “moralmente aceitável”. A ponto de que, se o paciente assim o requerer, mesmo diante das faculdades inerentes ao princípio da autonomia, a escolha pela morte não seria medida aceitável, por ser um princípio de moral

64 Elio SGRECCIA, 2002, p. 606.

65 Elio SGRECCIA, 2002, 638.

absoluta.⁶⁶

III. O QUE PODEMOS APRENDER

1. A mudança dos valores morais

Conforme já esboçado brevemente no primeiro capítulo, tem-se mencionado três principais vertentes que permitem indicar que a sociedade moderna alterou seus valores morais em relação ao sofrimento e à morte. Em consequência, as mudanças dos valores morais alteraram a forma de atender e entender o pedido de assistência ao suicídio de um enfermo. Essas vertentes seriam a especialização do tratamento médico, transferindo o sofrimento e a morte para uma instalação hospitalar, e a secularização da sociedade, afetando o entendimento da importância do sofrimento, da morte e da própria vida em si e, por fim, a “mitologização” da morte.

Os ideais progressistas observados na medicina permitiram à sociedade a alteração da forma de ver e experimentar o sofrimento e a morte. A modernização da medicina e dos estabelecimentos hospitalares permitiu com que os ideais utilitaristas viessem a vigorar. Busca-se o máximo de prazer e o mínimo do sofrimento. Quando, na equação, impera a dor e o sofrimento em detrimento do prazer que a vida possa proporcionar, fala-se na perda da qualidade de vida. O suicídio assistido, como mostrado, seria a opção para quem a vida

66 MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. Art. “O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 61.

perdeu sua qualidade.⁶⁷

O centro hospitalar encontra-se em ambas as esferas, e como coloca Leocir PESSINI, é a forma socialmente aceitável para se esconder o sofrimento e a morte em troca de uma sociedade em sua idealização da felicidade.

“Na sociedade que cultiva o mito do bem-estar que exige a eliminação da dor, quando esta se faz presente, procura-se escondê-la. São transportados para o hospital aqueles que sentem dor, bem como os que vão morrer. O sofrimento escondido não manchará a imagem de felicidade e de bem-estar que a sociedade defende. Escondida, será silenciada a pergunta que ela sempre carrega, pois ela é uma indagação sobre o sentido da vida e o lugar dela no seio da existência”.⁶⁸

THIELECKE acrescenta ainda que a sociedade vive em função de uma suposta vida, e o faz isolando e escondendo a doença e a morte, trocando-as por um culto à juventude e à saúde, como se estas fossem a vida, a tal ponto que nascimento e morte são coisas estéreis, escondidas, e que não afetam o mundo externo.⁶⁹ WESTPHAL acrescenta que, na sociedade moderna, a dignidade humana está associada a uma vida sem dor e sem sofrimento.⁷⁰

O autor ainda destaca que a ciência tomou contornos de religiosidade, pregando sua esperança numa vida imortal, a ser obtida com a engenharia genética,⁷¹ a ponto de ser possível compará-la à obra de Aldous Huxley, “O admirável mundo novo”, em que a

67 Neste sentido: WESTPHAL, Euler Renato. *Ciência e bioética*. São Leopoldo: Sinodal, 2009, p. 27; Leocir PESSINI, 2001, p. 32 e 33.

68 PESSINI, Leocir. *Eutanásia e América Latina*. Aparecida (SP): Santuário, 1990, p. 45 e 46.

69 Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 41.

70 Euler WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 27.

71 Euler WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 22

ciência igualmente prega uma esperança salvífica de vida eterna, um mundo sem males e sem dores.⁷²

O avanço tecnológico trazido, além dos “serviços técnicos” do médico, mune esse mundo também com novos aparatos. Em detrimento do relacionamento pessoal,⁷³ os médicos se tornam no que THIELECKE considera como sendo “advogados da vida”. Os tratamentos aparentam não possuir mais fim, sendo a morte final do paciente, da mesma forma como para um advogado, a grande frustração e suposta demonstração de sua incapacidade.⁷⁴

Segundo PESSINI, o sofrimento, na sociedade moderna, não possui lógica e, “como um barulho nos circuitos fisiológicos” deve ser extirpado, e passa a ser tarefa médica eliminá-lo, por meio de seu aparato, retirá-lo. O sofrimento passa a ser sem sentido, sem conotação existencial e, portanto, deve ser eliminado a qualquer custo.⁷⁵

Fala-se, assim, na existência de uma sociedade anestésica, na qual o alívio da dor é obrigação a qualquer custo, e, não havendo recursos, entende-se por falha ou falta de tecnologia para detectá-la e tratá-la.⁷⁶

Ademais, o homem camufla os anseios em relação à própria morte em busca de uma vida agitada e na busca constante em evitar a solidão, que poderia desencadear o processo em sua forma íntima de busca por um sentido. THIELECKE destaca a ironia da incapacidade do homem poder ter uma vivência tranquila, ciente e preparada em seu término. Em troca, as ocupações a que o homem

72 Euler WESTPHAL, *Bioética*, p. 23.

73 Euler WESTPHAL, *Bioética*, p. 136 e 137.

74 Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 69.

75 Leocir PESSINI, *Eutanásia e América Latina*, p. 46.

76 Leocir PESSINI, *Eutanásia e América Latina*, p. 46.

se coloca chegam a tal ponto que somente em casos de férias (em que não haja uma coação à solidão) o homem pode enfim relaxar e gozar a vida.⁷⁷

Aliado ao progresso médico-científico, destaca-se a secularização da sociedade, na qual a morte e o sofrimento perdem o seu sentido. Da existência de um eventual juízo ou de uma vida após a morte, passa-se à percepção de que a morte é o fim último, e que, salvo fatalidades, deve ocorrer apenas para pessoas em idade bastante avançada.

*“Primero, sin duda está claro que en un tiempo de secularización general no son, por ejemplo, los pensamientos del juicio final ni representaciones del infierno lo que nos mueve a expulsar de nuestra presencia el destino de muerte. La angustia por lo que nos pueda sobrevenir después de la muerte nos parece más bien imaginaciones de la edad media. Para la mayoría de nuestros contemporáneos ya no tiene el significado de los puntos que anuncian la continuación del texto de nuestra vida en otra dimensión, sino el de un punto final y definitivo. Tampoco la angustia del proceso mortal, si no es en algunos casos excepcionales, como sería en una edad muy avanzada o en una situación aguda de peligro de muerte, entra en consideración”.*⁷⁸

Num terceiro aspecto, estaria a “mitologização” da morte.

77 Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 42 e 43.

78 Tradução aproximada do espanhol: “Primeiro, sem dúvida está claro que, em um tempo de secularização geral não são, por exemplo, os pensamentos do juízo final nem representações do inferno que nos movem a expulsar da nossa presença o destino de morte. A angústia pelo que nos pode sobrevir depois da morte nos parece bem mais imaginações da idade média. Para a maioria de nossos contemporâneos já não possui mais o significado dos pontos que anunciam a continuação do texto de nossa vida em outra dimensão, senão o de um ponto final e definitivo. Tampouco a angústia do processo de morrer é considerada, se não em algum caso excepcional, como seria em uma idade muito avançada ou em uma situação aguda do perigo da morte.” (tradução da autora). Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 41.

A morte aparece de forma camuflada em nossas sociedades. Muitas vezes, transforma-se em espetáculo, evitando o real impacto que ela possui em defrontar cada pessoa diante de sua própria morte.⁷⁹

Tanto SGRECCIA, MARANHÃO e THIEKECKE são unânimes que também nesse aspecto houve mudanças da moral na sociedade ocidental. THIELECKE coloca que foram retirados os mistérios que envolviam o sexo e o transformaram num evento meramente hormonal, e que, vez ou outra, deve ser liberado com o objetivo de “acumulação” do instinto que poderia acabar por transformar-se em impulsos de agressão.⁸⁰ SGRECCIA e MARANHÃO exemplificam ainda a mudança que os tabus causaram nas crianças e nos adolescentes, que, hoje precocemente iniciados na “arte do amor”, antes eram colocados como nascidos de um pé de repolho. Em detrimento, nas épocas antigas, tanto crianças como adolescentes participavam e eram defrontados com o processo de morrer, o que hoje é assunto evitado e substituído por eufemismos.

“En la muerte, cuando el círculo de la vida se cierra y se puede apreciar el conjunto de lo sembrado y recogido, el hombre teme el encuentro de sí mismo; quizás no se conoce a sí mismo, ni siquiera sabe que exista. Podría ser que de repente se halla ante un desconocido o ante una sombra irreal y esto es seguramente un phobos mayor que el pensamiento en un más allá desconocido o en la nada de la muerte. Teme el aviso inútil de Mefistófeles: “¿De qué nos sirve siempre trabajar, si luego todo se reduce a nada?” No todos tienen la valentía de Albert Camus que en la nada hace frente a la existencia de Sísifo (si bien abre sus poros de par en par para que entren secretamente los consuelos de un sentido). Quizás en vida uno ha rehusado palabras piadosas de consuelo en la muerte como ilusión para los débiles. Efectivamente, es una cuestión a tomar en serio si dichos consuelos que vienen del más allá de la vida terrena, no

79 Euler WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 94.

80 Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 49. Em relação aos demais autores

*son de hechos proyecciones de nuestra propia angustia por la vida y por la muerte”.*⁸¹

Pode-se acrescentar ainda, como comenta PESSINI, que a morte natural deixa de existir. Deixa-se de entender o fato de que o homem carrega em si a morte e, de uma ação corporal, passa a ser uma indicação fornecida por algum equipamento médico. A morte passa a ser um acidente que, em outro momento futuro, poderia ser evitado caso as ciências médicas fossem capazes de evitá-lo.⁸²

Tanto o sofrimento, seja em sua forma física ou emocional, quanto a morte implicam a procura de um significado para a existência humana.

THIELECKE parte do princípio de que os assuntos da vida e morte não podem se refugiar em estudos médicos. Trata-se de

81 Tradução aproximada do espanhol: “Na morte, quando o círculo da vida se fecha e se pode apreciar o conjunto do semeado e do colhido, o homem teme o encontro consigo mesmo; talvez não se conheça a si mesmo, nem sequer saiba que existe. Poderia ser que de repente se ache diante de um desconhecido ou ante uma sobra irreal e isto é seguramente um *phobos* [fobia=medo] maior que o pensamento mais além do desconhecido ou na ausência da morte. Teme o aviso inútil de Mefistófeles [personagem de Goethe na novela de “Fausto”]: ‘De que nos serve sempre trabalhar, se logo tudo se reduz a nada?’ Nem todos possuem a coragem de Albert Camus que na ausência frente à existência de Sísifo (se bem abrem seus poros de par em par para que entrem secretamente os consolos de um sentido) [autor faz referência à obra “O mito de Sísifus”, do filósofo francês Albert Camus, em que questiona o sentido da vida senão um grande absurdo e futilidade, e em seu último capítulo aborda a lenda grega de Sísifus o herói que, capturado, ao tentar fugir da morte, é condenado a eternamente carregar uma pedra para o alto de uma montanha e de lá lançá-la para o ponto de partida]. Talvez em vida alguém tenha recusado palavras piedosas de consolo na morte como uma ilusão para os fracos. Com efeito, é uma questão a se tomar a sério as palavras de consolo que vem mais adiante na vida terrena, não são feitas projeções de nossas próprias angústias sobre a vida e sobre a morte” [tradução da autora]. Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 51.

82 Leocir PESSINI, 1990, p. 28 e 29.

assuntos “metamedicinais” como ele mesmo define. Aos médicos cabe tão-somente ministrar o tratamento ou auxiliar no alívio das dores quando nenhum tratamento mais for possível.

Ao adentrar no tema morte, o referido autor destaca que, na morte, por ser limitação da vida, implica a discussão dos motivos de se viver. Implica a necessidade de o ser humano se projetar e da possibilidade de se transcender. A morte, assim, implicaria o questionamento do sentido e da essência da vida.⁸³

*“Todo esto significa que el hombre, ante todo, tiene que proyectarse hacia un punto de destino. Tiene que llegar a ser lo que es. Pero para cumplir esta tarea, tiene que preguntarse qué es, qué valores consiste su identidad. Ello implica a su vez otras preguntas: qué finalidad tiene, en nombre de qué sentido vive y qué valores tiene que realizar. Al mismo tiempo, se abre con esto la posibilidad de que el hombre desacierte su finalidad, esto es, se desacierte a sí mismo, mientras que el animal no está sujeto a estas posibilidades de decisión y de error”.*⁸⁴

Ao questionar o interesse que os congressos médicos e jurídicos têm em requerer o posicionamento teológico e filosófico, THIELICKE conclui que o interesse do sentido da vida apenas pode estar fora da realidade do mundo. Chega-se, com isso, à conclusão semelhante à alcançada pelo autor de Eclesiastes, ao indicar que tudo

83 THIELICKE, Helmuth. *Vivir com la muerte*. Barcelona (Espanha): Herder, 1984, p. 16.

84 Tradução aproximada do espanhol: “Tudo isto significa que o homem, antes de tudo, tem que se projetar até um ponto de destino. Tem que chegar a ser o que é. Mas para cumprir com esta tarefa, tem que perguntar o que é, em que consiste o sentido de sua vida e que valores consistem sua identidade. Esta implica, por sua vez, outras perguntas: que finalidade tem, em sentido de que vive e que valores tem por realizar. Ao mesmo tempo, abre-se com isto a possibilidade que o homem erre sua finalidade, isto é, erre a si mesmo, enquanto que o animal não está sujeito a essas possibilidades de decisão e de erro” [tradução da autora]. Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 17.

na vida careceria de um sentido, sendo meramente vaidade.

*“Así Ludwig Wittgenstein en su Tractatus logico-philosophicus (1969, 6.41) puede escribir: “El sentido del mundo tiene que estar fuera de él. Em el mundo todo es como es y todo sucede como sucede; en é no hay ningún valor y, si hubiese alguno, no tendría ningún valor. Si hay algún valor que tenga valor; tiene que estar más allá de todo suceder y de todo ‘ser así’. Pues todo suceder y todo ‘ser así’ es casual”. Pienso que con estas palabras se describe lo transcendente con mucha exactitud”.*⁸⁵

2. A ética cristã e o suicídio

2.1. Breves conceitos introdutórios à ética e da ética cristã

A ética procura responder aos questionamentos quanto à conduta prática que deverá ser observada em cada situação, tendo especial enfoque na responsabilidade que o ser humano possui diante da organização da vida na sociedade.⁸⁶ Teve origem na palavra grega *ethos*, que possuiria uma conotação com “estar acostumado, apropriar-se”. Ainda a palavra *êthos* pode possuir a conotação de “caráter, mentalidade, índole”. De tal forma, como conclui WIESE, “ambos os termos têm a ver com a formação da vida humana e/ou postura interior que está por trás da vida”.⁸⁷

85 Tradução aproximada do espanhol: “Assim Ludwig Wittgenstein em seu *Tractatus logico-philosophicus* (1969, 6.41) pode descrever: “O sentido do mundo tem que estar fora dele. No mundo tudo é como é e sucede como sucede; em é não existe valor e, se houvesse algum, não teria nenhum valor. Se existe algum valor que tenha valor, deve estar mais além de todo suceder e de todo ‘ser assim’. Pois todo suceder e todo ‘ser assim’ é casual.” Penso que estas palavras descrevem o transcendente de forma muito exata.” [tradução da autora]. Helmuth THIELICKE, 1984, p. 17 e 18.

86 WIESE, Werner. *Ética fundamental. Critérios para crer e agir*. São Bento do Sul: União Cristã: FLT, 2008, p. 23.

87 Werner WIESE, op. cit., p. 22

Como matéria de estudo, teve seu início em Aristóteles, em sua obra “Ética a Nicômanos” em que Aristóteles, inconformado com os rumos da sociedade ateniense, pregava quais as virtudes que deveriam ser observadas pelos seres humanos. Naturalmente, houve antecessores a Aristóteles, de forma que sua obra levou à conotação de ética como estudo da conduta humana em sociedade.

A ética se divide ainda em dois rumos. Como *ética descritiva* trata-se tão-somente de observar e analisar a conduta do ser humano. Como *ética normativa*, procura-se normas e conceitos de verdade que devem nortear a conduta humana.⁸⁸

Contudo, como WIESE destaca, a ética não se confunde com o conceito de ética cristã. Ética cristã está relacionada como as normas de condutas, utilizando-se como base a Bíblia e, conseqüentemente, a teologia cristã como forma de apreciação da realidade humana.

A ética cristã (ou assim chamada de teológica) parte do pressuposto criacionista da natureza e do ser humano. Destaca-se pelo teocentrismo. Caracteriza-se numa vertente social, em que a conduta humana está pautada na preservação da criação de Deus, e noutra, a teológica, que destaca a necessidade salvífica do ser humano.

De importância para a bioética está o fato de que o ser humano é criação de Deus. A Bíblia igualmente destaca que o ser humano é uma criação singular, pois possui em si elementos que remetem ao Criador. Nesse sentido, o ser humano passa a ser o sujeito da ética, pois acaba recebendo responsabilidades inerentes às suas características de criação. Em relação ao pressuposto básico da ética cristã, destacamos de WIESE:

88 Werner WIESE, op. cit., p. 23.

“Em questão está o que se pode chamar de *ética teocêntrica* ou também de *ética da criação*. Parte-se conscientemente do pressuposto de que o mundo e tudo o que nele há não é produto do acaso, mas *foi criado por Deus e é criação de Deus* (Gn 1-2; veja também Jo 1.1-3; Cl 1.16-17; At 17.24-25). Em virtude disso, *fala-se de criação e não simplesmente de natureza* ou, quem sabe, *mãe natureza*. Obviamente, essa afirmação é uma confissão de fé (Hb 11.3). Dentro da criação, o *ser humano ocupa uma função de destaque* (=responsabilidade) dentre todas as demais criaturas, pois é o sujeito da ética. Como *sujeito*, o ser humano é, acima de tudo, o elemento *ativo que executa as ações*. Porém, ele também pode ser *sujeito passivo* que sofre ações. Sendo assim, é indispensável aprofundar a pergunta em torno do ser humano”.⁸⁹

Nesse aspecto, ressalta-se que, em relação ao ser humano, cumpre verificar que este possui sua relevância tão-somente em função do fato de ser imagem e semelhança de Deus. Essa *Imago Dei* do ser humano implica forçosamente reconhecer o objetivo e o destino do ser humano nos planos de Deus. Apesar de criatura caída, todo o relato bíblico encontra-se centrado na redenção do ser humano pela morte vicária de Jesus Cristo.

O referencial como imagem de Deus igualmente implica reconhecimento da dignidade do ser humano. Segundo WESTPHAL, não é possível encontrar referência à dignidade do ser humano senão na imagem de Deus e na obra redentora de Cristo. Em resumo, a dignidade do ser humano está localizada no fato de ele ser o alvo do amor imerecido de Deus.⁹⁰ É a partir da ótica divina que se encontra o valor do ser humano, e a partir da justificação da obra em Cristo que se encontra a motivação para o empenho da vida do ser humano,

⁸⁹ Werner WIESE, op. cit., p. 58.

⁹⁰ WESTPHAL, Euler Renato. *Bioética*. São Leopoldo: Sinodal, 2006, p. 98 e 99.

redimido, em busca de frutos.⁹¹

O resgate do “valor” do ser humano deve ser buscado a partir da restauração da imagem do homem diante de seu Deus, em contraponto à lógica das demais linhas éticas humanas, tal como a utilitarista, que reduz o ser humano a simples coisas, vinculadas à capacidade de ser útil e render lucros.⁹²

2.2. Da problemática da ética cristã

A ética cristã, por sua natureza, é normativa. Contudo, diante da secularização, a ética cristã, por assim ser considerada “religiosa” é vista como antiquada para fundamentar as decisões que devem nortear a conduta humana. A retirada da religião, e de todas as formas de moral na fundamentação da conduta ética é, em grande parte, obra de Immanuel Kant. De todo modo, em resumo ao posicionamento atual, citamos Cláudio SAGRE e Marco SAGRE, que assim colocam:

“Numa abordagem psicanalítica, podemos afirmar, hierarquizando as pulsões, que a religião é a pulsão que mais se afasta do desejo humano de liberdade ‘ao perturbar o livre jogo de eleição e adaptação, ao impor a todos um igual caminho único para alcançar felicidade e evitar o sofrimento, reduzindo a vida a um único valor - Deus -, deformando intencionalmente a imagem do mundo real e estimulando o mundo de fantasias catastróficas, medidas que têm como condição prévia a intimidação da inteligência e levando a que só reste o sofrimento, a submissão incondicional como último consolo e fonte de gozo’ (Freud *apud* Crombers, 1993). Portanto, a ética que desejamos conceituar não pode ser religiosa, ou moralista, se a quisermos autônoma”.⁹³

91 THIELECKE, Helmut. *Theological Ethics*. Philadelphia: Fort Press, vol. 1, 1961, p. 56 ss. e 165.

92 Euler WESTPHAL, *Bioética*, p. 101.

93 SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. Definição de valores, moral, eticidade e

Sem o objetivo de aprofundar o assunto, cumpre destacar a vertente da ética cristã de que possivelmente não se poderia falar em ética sem se adentrar no cristianismo.

THIELICKE, ao introduzir o seu compêndio sobre a ética teológica, comenta do perigo em escrever sobre ética diante das mudanças sofridas no mundo, o que compara com um terremoto. Em especial, sobre a ética cristã, ele coloca que *“Die Säkularisation hat den Wirklichkeitsbegriff der christlichen Tradition total in Frage gestellt”*.⁹⁴ Não por pouco, entende THIELICKE que o problema atual para se escrever sobre ética está no fato de que o solo sobre o qual se constrói é movediço, tal como num terremoto. Toda questão da ética estaria, assim, centrada na questão do fundamento.⁹⁵

Para THIELICKE, o abandono e a busca da ética secularizada em se “purificar quimicamente”, como coloca, acaba criando um mundo sombrio, escuro e que considera como demoníaco.

“Wenn wir mit der zunehmenden Säkularisation immer mehr in das Stadium exzessiver Entbindungen, man könnte auch sagen: in das Stadium einer wachsenden Enthüllung der dunkelsten Weltmöglichkeiten trete, so wird damit doch eines deutlich: daß damit im Grunde kein neuer Faktor in unserm Wirklichkeitsverständnis auftaucht. Es ist keineswegs so, daß nun die alten Kategorien nicht mehr reichten und man ein Not-Manöver vollziehen müßte, um das alte Koordinatensystem der christlichen Werte auf diesen neuen Faktor einzurichten. Sondern das ‘neue’ Wissen um die Wirklichkeit des Dämonischen vermag durchaus im Namen der biblischen

ética. In: SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (organizadores). *Bioética*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1995, p. 16.

94 Tradução aproximada do alemão: “A secularização colocou o entendimento de verdade da tradição cristã completamente em cheque” [tradução da autora]. THIELICKE, Helmut. *Theologische Ethik*. 1 Prinzipienlehre. Tübingen: Mohr, 1959, p. 2.

95 Helmut THIELICKE, *Theologische Ethik*, vol. 1, p. 1.

*Wirklichkeitslehre aufzutreten. Die Zeiten, die im Schlachtgebiet unseres Geistes miteinander ringen und die uns ‘Dämonen sehen lassen’ (C. F. MEYER), liefern nichts Neues, sondern geben uns nur gewisse Hilfen, die biblische Wirklichkeit neu zu sehen. Mehr nicht”.*⁹⁶

Contudo, apesar das dificuldades que o tema apresenta, entende que o estudo da ética cristã contribui para o novo pensar do homem no mundo.

*“Auf alle Fälle scheinen wir berechtigt zu sein, die Krise des Wirklichkeitsbegriffes und damit auch die Krise der christlichen Ethik als eine durchaus produktive Infragestellung aufzufassen. Denn sie nötigt uns, die Frage der Ethik nicht nur mit der speziellen Frage zu identifizieren: ‘Wass sollen wir tun?’, sondern wir haben sie eingebettet zu sehen in die ungleich umfassendere Frage? ‘Wie haben wir die Wirklichkeit zu verstehen, innerhalb derer wir zu handeln haben?’ ‘Oder anders: Was bedeutet unser „In-der-Welt-sein’ und gerade unser Sein in der enbundenen Welt? Das neutestamentliche’ ‘In-der-Welt-aber-nicht-Von-der-Welt’-sein, das en-sarki- aber nicht kata-sarka-sein ist uns als dringliches Problem der Ethik aufgegeben”.*⁹⁷

96 Tradução aproximada do alemão: “Quando nós, com a secularização cada vez mais dominante, nos aprofundamos sempre mais no estágio da excessiva libertação, poderia se dizer também que, em um estágio de crescente revelação, tanto mais adentramos nas mais escuras possibilidades mundanas, assim também fica claro que: que em seu fundamento não se desenrola *nenhum* novo fator em nosso entendimento de realidade. Não é de modo algum que, em velhas categorias, não se possa mais servir e que deveríamos realizar manobras desesperadas, para que os velhos sistemas de coordenadas dos valores cristãos sejam instalados no novo fator. Senão que o ‘novo’ conhecimento sobre a realidade coloca-se desde logo como demoníaca em nome da rejeição aos ensinamentos de realidade bíblica. Nos tempos, em que nos campos de extermínio estrangulam nossos espíritos uns contra os outros e que dizem ‘Deixar ver demônios’ (C. F. Meyer), não trazem nada novo, senão nos dão uma ajuda sábia, ver a realidade bíblica sob novos olhos. Mais nada.” [tradução da autora] Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 2 e 3

97 Tradução aproximada do alemão: “De todo modo nos parece justo, utilizar-se da crise da forma de entender a realidade e, também com isso, a crise da ética cristã e com isto criar uma produtiva infraestrutura. Pois ela precisa

Portanto, conclui-se que o cristianismo possui efetivos valores morais que devem ser defendidos e utilizados, destacando a validade e a necessidade da ética cristã para a ética e para a bioética.

2.3. O suicídio e a ética cristã

A Bíblia não traz condenação expressa ao suicídio. Embora relate casos de suicídio, a dinâmica do texto permite depreender que este seria uma consequência natural da vida em rebeldia contra Deus. Exemplos clássicos nesse sentido seriam, por exemplo, o suicídio do rei Saul, em 1 Samuel 34.4 e seguintes, e o suicídio de Judas, relatado em Mateus 27.5. No entanto, relata-se de um suicida que consta da relação dos heróis da fé de Hebreus 11.32, que seria Sansão, conforme relatado em Juízes 16.28.

A conotação de proibição e pecado é proveniente da história da igreja. Relata-se tal posição em São Tomás de Aquino, que entendia que o suicídio não seria somente a morte do corpo, como também, da própria alma e do próprio espírito. Por essa razão, os suicidas passaram a ser vistos como casos sem solução, uma vez que se trataria de um pecado mortal, fazendo com que as igrejas os enterrassem fora do local destas.⁹⁸

Por outro lado, a Bíblia traz relatos de personagens que

de nós, a pergunta da ética não pode ser identificada unicamente pela frase ‘*O que nós devemos fazer?*’, mas também nós vemos incluída na pergunta igualmente abrangente: ‘*Como nós temos entendido a realidade, para dentro da qual nós devemos lidar?*’ Ou ainda: O que significa nosso ‘estar-no-mundo’ e nisso também nosso estar dentro do mundo vinculado? A expressão neotestamentária ser-’no-mundo-mas-não-do-mundo”, o em-sarki- mas não ser-kata-sarka nos é colocado como um problema urgente da ética” [tradução da autora]. Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 4.

98 N. H. SØE, *Christliche Ethik*, p. 200.

estiveram diante da ideia de suicídio. Vê-se em Jonas, ao pedir para ser lançado do barco, que sua clara intenção seria esperar pelo fim de sua vida, após tornar-se motivo da ira de Deus.⁹⁹

Em outro aspecto, nota-se também em Jó, quando submetido a intensas dores, tanto físicas como emocionais, que este não considera o suicídio como resposta de seus problemas.¹⁰⁰ Apesar de ansiar pela morte, por entender que já se encontrava como pessoa em leito de morte,¹⁰¹ utiliza-se desta para confrontar a Deus e obter uma explicação de seu sofrimento.¹⁰²

Conforme já exposto, a ética bíblica pauta pela vida como uma concessão de Deus. O homem é criatura de Deus e é dele que recebe a vida. O ser humano é igualmente visto como sendo um servo de Deus, criado com um objetivo de preservar a vida. Nesse aspecto, a possibilidade de retirar sua própria vida estaria em conflito com a própria concessão da vida.

Não há na Bíblia uma vedação expressa em “não se suicidar”. Contudo, ela afirma pela valorização contínua da vida. A vida é o presente máximo dado aos seres humanos por Deus, que a mantém e sustenta. Portanto, numa simples lógica, atentar contra sua vida seria atentar contra o Deus que concedeu a vida.

No entanto, Dietrich BONHOEFFER destaca que, ao ser humano, é dada a singularidade única de livremente poder dispor de sua vida. Comparando aos animais, nota-se que estes não possuem a “opção” de se suicidarem. Trata-se, assim, de uma liberdade única e que, de certa maneira, não possui uma conotação moral, pois

99 Jonas 1.12 a 14.

100 Jó 2.9 e 10.

101 Jó 7.7 a 21.

102 Jó 10.

implicaria a necessidade de um acerto de contas com o Criador.¹⁰³

BONHOEFFER, em conjunto com outros teólogos, como N.H. SØE e THIELICKE, entende que o suicídio se caracterizaria por uma atitude pecaminosa. Para eles, cabe ao ser humano cumprir sua função, uma vez que é servo de Deus. O cumprimento de sua função em vida não estaria relacionado ao homem e, sim, ao próprio Deus que, ao entender completado o destino ao qual pensou à determinada vida humana, retira-a.

Em específico, aos cristãos, N.H. SØE entende que a vida pertence unicamente a Deus e que somente este poderá determinar o momento de seu término, retirando qualquer possibilidade ao ser humano de dar término da própria vida. Por existir um Deus soberano a quem os seres humanos estão sujeitos, conclui que, além da vedação à possibilidade de retirar a vida, retiram-se as aflições dos seres humanos em dar o correto destino às suas vidas, apesar de seus erros inerentes. Destaca-se:

*“Da der Christ weiß, daß er sein Leben aus Gottes Hand anzunehmen hat und es in Christus zum Dienst geweiht ist, versteht er, daß es nicht so in seine Verfügung gegeben ist, daß er ihm gegebenenfalls selbst ein Ende bereiten dürfte. Und vor allem versteht er, daß er jetzt aus der Lage erlöst ist, in der man sich sonst gegebenenfalls in Verzweiflung an seinem eigenen Leben hätte vergeifen müssen”.*¹⁰⁴

103 BONHOEFFER, Dietrich. *Ethik*. 11ª edição. Munique: CHR. Kaiser, 1985, p. 176 e 177.

104 Tradução aproximada do alemão: “Uma vez que o cristão sabe que sua vida deve ser aceita das mãos de Deus, e deve ser devotada ao ministério, ele entende que a vida não está tão ao alcance de suas decisões, que ele possa optar por si só em preparar para ela um fim. E perante tudo ele entende que ele já agora está a salvo da posição, em que se poderia optar pela aflição de que tivesse praticado um erro em sua própria vida.” [tradução da autora] N. H. SØE, op. cit., p. 198.

O fim da vida, portanto, é uma atribuição única e exclusiva de Deus, que a seu critério poderá fazer uso ou não, possuindo, assim, total soberania sobre a sua criação, e incluído nesta, o próprio ser humano. Assim, o suicídio, qualquer que seja o motivo, é retirar a possibilidade de Deus a sua capacidade de conduzir a vida de cada ser humano como lhe agrada.

BONHOEFFER coloca que o suicídio estaria vinculado a uma dupla conotação. Num primeiro momento, o suicídio é pecado. O pecado é relacionado à falta de confiança que o ser humano que o pratica possui no próprio Deus Criador. Contudo, nesse aspecto, destaca que não se estaria diante de uma falha moral, pois a condenação ou não do ato é proferida pelo próprio Deus. Num segundo momento, o suicídio é visto como uma forma de prática de autojustiça. Tira-se de Deus o direito de julgar a existência ou não de um sentido para a vida, transferindo-a para a pessoa que nela já não vê mais nenhum valor.

“Wenn nun dennoch von der Verwerflichkeit des Selbstmordes gesprochen werden muß, so gilt das nicht vor dem Forum der Moral oder der Menschen, sondern allein vor dem Forum Gottes. Schuldig, wird der Selbstmörder allein vor Gott, dem Schöpfer und Herrn über sein Leben. Weil ein lebendiger Gott ist, darum ist der Selbstmord verwerflich als Sünde des Unglaubens. Unglaube aber ist keine moralische Verfehlung, sondern er ist edler wie gemeiner Motive und Taten fähig. Der Unglaube aber rechnet im Guten wie im Schlechten nicht mit dem lebendigen Gott. Das ist die Sünde. Der Unglaube ist der Grund, aus dem der Mensch nach seiner eigenen Rechtfertigung und ihrer letzten Möglichkeit im Selbstmord greift, weil er an eine göttliche Rechtfertigung nicht glaubt. Der Unglaube verbirgt dem Menschen in verhängnisvoller Weise die Tatsache, daß auch der Selbstmord ihn aus der Hand Gottes, der ihm sein Schicksal bereitet hat, nicht freigibt. Der Unglaube erkennt über der Gabe des leiblichen Lebens nicht den Schöpfer und Herrn, der das alleinige Verfügungsrecht über seine Schöpfung hat. Hier stoßen wir auf

*de Tatsache, daß das natürliche Leben sein Recht nicht in sich selbst, sondern in Gott hat. Die dem Tode wird mißbraucht, wo sie nicht im Glauben an Gott gebraucht wird”.*¹⁰⁵

BONHOEFFER, em comparação ao exposto em relação ao filósofo CAMUS, deixa evidente que a vedação existente ao suicídio está na constatação de que efetivamente há um Deus. Razão pela qual, BONHOEFFER utiliza-se do termo “direito” de Deus em poder fazer uso ou não de uma vida e, por fim, ao seu agrado, tirá-la novamente do homem.

“Gott hat sich das Recht über das Ende des Lebens selbst vorbehalten, weil nur er weiß, zu welchen Ziel er das Leben führen will. Er allein will es sein, der ein Leben rechtfertigt oder verwirft. Vor ihm wird Selbstrechtfertigung zur Sünde schlechthin und darum auch der Selbstmord. Es gibt keinen anderen zwingenden Grund, der dem Selbstmord verwerflich macht als die Tatsache, daß es über den Menschen einen Gott gibt. Diese Tatsache

105 Tradução aproximada do alemão: “Quando ao menos fosse necessário mencionar da situação humilhante do suicida, isso não se aplica ao foro da moral ou dos homens, senão somente perante o foro de Deus. Culpado será o suicida sozinho diante Deus, o Criador e Senhor sobre sua vida. Porque Ele é um Deus vivo, é a razão pela qual o suicídio é humilhante [rejeitável] como pecado da não confiança [ou, falta de fé]. Não confiar não é uma falta moral, mas ela é mais comparável a um motivo ou ato ordinário. A infidelidade não se reverte, porém em bem ou mal diante do Deus vivo. Este é o pecado. A infidelidade é o motivo, de onde o homem, por sua própria justiça e em sua última possibilidade alcança ao suicídio, porque ele não acredita numa justiça divina. A infidelidade esconde os homens de forma desastrosa o fato, de que também o suicídio é concedido a ele das mãos de Deus, que preparou o seu destino, e não o concedeu de forma livre. A infidelidade não reconhece sobre o dom da vida física o Criador e Senhor, que é o único que tem o direito de dispor sobre sua criação. Aqui tropeçamos no fato de que a vida terrena não encontra seu direito em si mesma, mas em Deus. Aqueles que fazem mau uso da morte, onde não são em fé aproveitados por Deus.” [tradução da autora] Dietrich BONHOEFFER, *Ethik.*, p. 178 e 179.

*wird durch den Selbstmord geleugnet”.*¹⁰⁶

SØE ainda destaca que o suicídio seria, mesmo no sofrimento, uma demonstração de desobediência e infidelidade para com Deus, que acompanha o ser humano mesmo nos momentos de extremo sofrimento. O sofrimento, segundo THIELECKE, possui uma conotação única de permitir ao ser humano refletir sobre o seu destino na terra, o seu objetivo de vida, que o faz viver. De tal forma, que se coloca de todo contrário à possibilidade de se conceder o “golpe de misericórdia” a quem está sofrendo:

“Podría decirse, por tanto, que la conciencia de sí mismo el lo que hace hombre al hombre. Únicamente a partir de aquí el sufrimiento obtiene su sentido. Pues con el don de la conciencia de sí mismo está también vinculadas la tarea y la posibilidad de relacionar ante el sufrimiento, aceptarlo, luchar contra él o rehusarlo – y en todo caso, la tarea y posibilidad de sufrir éticamente -. Éste es uno de los motivos esenciales por qué no se puede dar un “golpe de gracia” para acabar con un hombre que sufre.

La conciencia de sí mismo es asimismo el fundamento decisivo de que la muerte del hombre no sea un simple suceso, sino algo que se le impone para realizar; esto es, algo que no puede simplemente cobrar como objeto, sino algo delante do cual permanece como sujeto. Esto es justamente lo que Rilke quiso decir con su expresión de “gran muerte”. Igualmente aquí apunta Heidegger (parece que inspirado por Kierkegaard), cuando define la muerte como una posibilidad de ser que tiene que “asumir” la misma existencia. En este sentido, se trata de la “propiedad de cada uno” (Jemeinigkeit) de la muerte, esto es, se trata de nuevo de la relación

106 Tradução aproximada do alemão: “Deus reservou para si o direito sobre o fim da vida, pois apenas Ele sabe qual o alvo a que quer conduzir a vida. Apenas Ele quer sê-lo, quem satisfaz ou desperdiça uma vida. Perante Ele a autossatisfação torna-se em pecado típico, e por isso também o suicídio. Não existe nenhum outro fundamento, que tornaria o suicídio amoral, além do fato de que, diante dos homens, existe um Deus. Esse fato torna-se evidente pelo suicídio.” [tradução da autora]. Dietrich BONHOEFFER, *Ethik.*, p. 179.

*con la particularidad de mi individualidad, lo que es cualitativamente distinto del morir de un ejemplar dentro de una especie. Es lo que hace que la muerte no sea un simple acabar, sino un morir”.*¹⁰⁷

Assim, segundo BONHOEFFER, o ser humano está à disposição de seu Criador para o fim que o soberano Deus quiser dar-lhe. O ser humano está à disposição de seu Criador. Cabe a Deus dar-lhe o destino como bem lhe entender, em sua soberania.

Seguindo em parte essa linha, THIELICKE e SØE coloca que, para o cristão, enquanto este permanece vivo, está no cumprimento de “tarefas” para Deus. O cumprimento das funções designadas por Deus está intimamente relacionado com Deus. Enquanto houver utilidade ao servo de Deus, então este permanece com vida, pois somente Deus poderia reclamá-la novamente, concedendo-lhe então a morte. SØE coloca que, embora a morte possa efetivamente questionar quanto ao sentido da vida, não cumpre ao cristão procurar-

107 Tradução aproximada do espanhol: “Poderia dizer, portanto, que a consciência de si mesmo e o que faz ao homem em homem. Unicamente a partir de que aqui o sofrimento obtém o seu sentido. Pois com o dom da consciência de si mesmo está também vinculada a tarefa e a possibilidade de relacionar ante ao sofrimento, aceitando, lutar contra ele ou recusá-lo – e em todo caso, a tarefa e a possibilidade de sofrer eticamente -. Este é um dos motivos essenciais porque não se pode dar um ‘golpe de misericórdia’ para acabar com um homem que sofre.”

“A consciência de si mesmo é assim mesmo o fundamento decisivo de que a morte do homem não é um simples evento, sem que a ele não se imponha a realizar, isto é, algo que não pode simplesmente cobrar como objeto, sem algo diante do qual permanece como sujeito. Isto é justamente o que Rilke quis dizer com sua expressão de ‘grande morte’. Igualmente aqui aponta Heidegger (parece que inspirado por Kierkegaard), quando define a morte como uma possibilidade de ser que tem que ‘assumir’ a mesma existência. Neste sentido, trata-se da ‘propriedade de cada um’ (*Jemeinigkeit*) da morte, isto é, trata-se de novo da relação com a particularidade de minha individualidade, o que é qualitativamente diferente de morrer de um exemplar dentro de uma espécie. É o que faz com que a morte não seja um simples acabar, senão um morrer”. [tradução da autora]. Helmuth THIELICKE, op. cit., p. 71

Ihe o sentido, senão no cumprimento dos mandamentos, pois onde o cristão estiver, ali igualmente poderá possuir utilidade para Deus, mesmo no mais intenso sofrimento.

*“Deswegen muß ein Christ verstehen, daß er Unrecht täte, wenn er jeden Selbstmord als Folge von Feigheit und Selbstsucht betrachten würde. Rein menschlich gesehen kann zuweilen ein Selbstmord als Heldentat dastehen, die allgemeine Bewunderung weckt. Doch darf der Christ sich dadurch nicht irremachen lassen. Er weiß daß der Selbstmord – natürlich abgesehen von den Fällen, in denen es sich um kranke Seelenzustände handelt – immer die Folge von Unglauben und damit Ungehorsam ist. Der Christ darf glauben, daß Gott mit all den Leiden und Enttäuschungen, die er über seine Kinder kommen läßt, auch Kraft gibt, sie zu tragen, zumal sie nach seinem Willen zum Segen werden sollen (vgl. den Abschnitt über da eigene Leiden). Und was den Umstand betrifft, daß man scheinbar unnütz und nur eine Last für die anderen ist, so muß der Christ verstehen, daß er eine Aufgabe zu erfüllen hat, solange sein Herr ihn leben läßt. Ob sie groß ist oder klein, geht den Diener nichts an. Ob er selbst sehen kann, daß da Aufgaben liegen, und ob er glaubt, er Könne sich noch nützlich machen, darum soll er sich nicht bekümmern. Es sind schon Aufgaben da. Sonst ließe Gott ihn nicht länger in der Welt. Es ist ja nicht das Amt des Christen, selbst den Sinn seines Lebens zu finden. Er weiß im Glauben an Christus, daß es einen Sinn hat, ganz gleich, ob er selbst ihn erkennen kann oder nicht. Nicht oft wird so deutlich wie an dieser Stelle, daß das christliche Gebot nur insofern und deswegen ein christliches ist, weil es vom Evangelium getragen wird”.*¹⁰⁸

108 Tradução aproximada do alemão: “Por isso, deve um cristão entender que ele age injustamente quando a cada suicídio o observa como consequência de covardia e egoísmo. Do puro ponto de vista humano *pode*, às vezes, um suicídio parecer como um ato heroico, que pode despertar a admiração de todos. Mas o cristão não pode se fazer maldoso. Ele sabe que o suicídio – naturalmente visto da queda, nos quais se trata de um estado da alma de um doente – sempre como uma consequência da infidelidade e com isso se faz desobediente. O cristão pode acreditar que Deus, com todos os sofrimentos e decepções, que ele deixa sobrevir sobre seus filhos, também concede forças, para que possam ser carregadas, especialmente quando devem se tornar de acordo com sua vontade em bênção (compare a seção sobre o sofrimento próprio). E o que afeta as circunstâncias, de que aparentemente nos tornamos

Contudo, BONHOEFFER prevê, ao menos hipoteticamente, a possibilidade de que o suicídio, em casos extremos, possa ser uma saída ao menos aceitável. Entende que não cabe ao ser humano criar condenações em relação à pessoa que retira sua vida. No entanto, para ele, em determinadas situações, não sealaria mais de um suicídio, e sim, de um sacrifício. Seria eventualmente viável a retirada da vida de uma pessoa, caso em que, por exemplo, um doente terminal verifica que causa sofrimentos e um peso excessivo para sua família. O objetivo, dessa forma, seria de permitir com que a vida de outra pessoa seja preservada. Não haveria assim uma permissão de retirar a vida pelo sofrimento que o próprio paciente estaria padecendo.

*“Wenn ein unheilbarer Kranker sehen muß, daß seine Pflege den materiellen und seelischen Zusammenbruch seiner Familie zur Folge hat und durch eigenen Entschluß die Seinen von dieser Last befreit, so mögen gewiß manche Bedenken gegen so eigenmächtiges Handeln bestehen, dennoch wird eine Verurteilung auch hier nicht möglich sein. Eine Absolutsetzung des Verbotes der Selbsttötung gegenüber der Freiheit des Lebensopfers läßt sich angesichts solcher Fälle schwerlich begründen”.*¹⁰⁹

inúteis e apenas um peso para outros, assim o cristão deve entender, que ele possui uma tarefa por cumprir enquanto o seu Senhor o deixa viver. Se ela é grande ou é pequena, não faz diferença ao servo. Se ele poderá ver, que ali existem tarefas por serem cumpridas, e se ele acredita, que ele ainda se possa fazer útil, por isso ele não deve se preocupar. Já existem tarefas aí. Senão não deixaria Deus por mais tempo na vida. Não é a função do cristão, encontrar o seu próprio sentido da vida. Ele sabe em fé em Cristo, que existe um sentido, indiferente, se ele pode mesmo reconhecer ou não. Não poucas vezes isso se torna nítido nesse momento, que o mandamento do cristão a esse respeito, por isso é cristão, pois isto é fundado dos Evangelhos.” [tradução da autora] N. H. SØE, op. cit., p. 199 e 200.

109 Tradução aproximada do alemão: “Quando um doente sem possibilidade de cura observa que a consequência de seu tratamento implica o colapso material e espiritual de sua família pelo seu tratamento e por decisão própria

No entanto, BONHOEFFER vislumbra que, em alguns casos, principalmente nas vidas de seres humanos que falharam moralmente de forma abrupta, em que não se verifica qualquer possibilidade de recuperação, mesmo considerando a possibilidade de Deus dar sentido e reverter uma vida falha, o suicídio poderia implicar uma possibilidade de redenção. O objetivo do autor é, porém, demonstrar que o único juízo possível é o que Deus irá fazer da pessoa, não cabendo ao ser humano decidir.¹¹⁰

Por fim, BONHOEFFER conclui expondo que a tentação ao suicídio é tenaz. Que a pessoa que assim se encontra, dificilmente achará consolo ou valores morais para permitir com que a vida se mantenha. Nesse sentido, recomenda que a pessoa tenha apoio, na comunidade, em outras pessoas que sempre novamente possam conduzir à misericórdia de Deus. A tentação do suicídio também atinge aos cristãos, quando notam a fugacidade da vida:

*“Abgesehen von allen äußeren Gründen gibt es eine Versuchung zum Selbstmord, die gerade den Glaubenden besonders befällt, eine Versuchung zum Mißbrauch der von Gott gegeben Freiheit gegen das eigene Leben. Der Haß gegen die Unvollkommenheit des eigenen Lebens, die Erfahrung der Widerspenstigkeit des irdischen Lebens überhaupt gegen eine Erfüllung durch Gott, die daraus entspringende Traurigkeit und Zweifel an jedem Lebenssinn überhaupt können in gefährliche Stunden führen”.*¹¹¹

pretende livrar os seus do peso, assim devem alguns considerar contrários a tal medida de poder próprio, mesmo assim, uma reprovação aqui também não seria possível. Encarar uma regra absoluta de proibição do suicídio em relação à liberdade de sacrificar sua vida se deixa, nessa situação em uma justificação.”[tradução da autora]. Dietrich BONHOEFFER, *Ethik*, p. 182.

110 Dietrich BONHOEFFER, op. cit., p. 183.

111 Tradução aproximada do alemão: “Visto por fora de todos os fundamentos, existe um tentação ao suicídio que atinge em especial aos cristãos, uma

Assim, considerando-se que a vida é um presente dado por Deus para cada ser humano, e também, vislumbrando-se a total autonomia desse mesmo Deus Criador em dirigir e fazer uso de cada vida, não cabe ao ser humano, por hipótese alguma, retirar a vida. Nesse sentido, também o sofrimento em ambiente hospitalar, por mais inútil que seja, possui seu valor para com Deus. A utilidade de cada vida estaria relacionada a Deus, e não ao ser humano. Concluindo-se, portanto, que não haveria embasamento, sob a ótica da ética cristã, para o suicídio assistido.

IV. COMO DEVEMOS AGIR

1. Dor, sofrimento e doença

Considerando-se que a vida humana, fornecida por Deus, encontra-se a seu único e exclusivo dispor, não se verifica na ótica da ética cristã a possibilidade de que o paciente, mesmo que em estado terminal, receba ajuda com o fito de eliminar sua vida. Mesmo na inutilidade da doença, da dor sem sentido, na ausência de qualquer outro sentido para a vida, o ser humano continua à disposição de seu Deus Criador.

Noutro aspecto, a ética cristã é um convite ao agir. Da

tentação ao desperdício contra a liberdade concedida por Deus. O ódio contra a imperfeição da sua própria vida, a experiência da intratabilidade da vida terrena, principalmente contra uma realização por Deus, que dali pode causar crescentes tristezas e sofrimentos quanto ao sentido da vida de cada, que conduz a horas perigosas.” [tradução da autora]. Dietrich BONHOEFFER, *Ethik*, p. 183.

história, destacam-se as inúmeras tentativas realizadas por pessoas e instituições cristãs no cuidado das pessoas com sofrimento. Mesmo que os esforços se demonstrem inúteis, é de mais alta valia o interesse no convalescer, pois a dor, o sofrimento e a doença são realidades inerentes ao ser humano.

Nesse sentido, objetiva-se, neste capítulo, abordar os motivos ensejadores do pedido de suicídio assistido, bem como das possíveis alternativas, tanto clínicas como poimênicas hábeis a trazer o necessário conforto e resgatar uma possível morte digna.

Os pedidos de suicídio assistido ou eutanásia são geralmente requeridos pelos pacientes em caso de extremo desconforto, em que a morte aparenta ser uma saída mais adequada. Geralmente, segundo CUNDIF, o fracasso nos tratamentos é o momento em que se questiona o sentido de viver.

“A decisão de permitir que um doente terminal morra surge em geral após o fracasso de múltiplos tratamentos para curar ou controlar a doença do paciente e quando o prognóstico é fraco. Os próprios pacientes e os membros da família começam por considerar que a continuação do tratamento só prolongaria o sofrimento e adiaria a morte, sem apresentar qualquer hipótese realista de paragem ou recuperação da enfermidade. Estas situações ocorrem todos os dias nos hospitais americanos”.¹¹²

CUNDIF, destacando o estudo realizado pelo psiquiatra William BREIBART, relata os principais motivos que levam os pacientes cancerígenos a procurarem o suicídio, mesmo que sejam estatisticamente baixos os índices:

“Fatores de Vulnerabilidade de Suicídio devido ao Cancro:

1. Doença avançada; prognóstico fraco
2. Depressão; desespero

112 David CUNDIF, op. cit., p. 17.

3. Dor
4. Delírio
5. Perda de Controle; impotência
6. Psicopatologia preexistente;
7. História de suicídio anterior; história familiar
8. Cansaço; fadiga”.¹¹³

Destes, contudo, a dor descontrolada e o sofrimento são as principais motivações da decisão pelo suicídio assistido ou pela eutanásia.

A dor, conforme conceito da Associação Internacional para o Estudo da Dor, seria uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos reais ou potenciais aos tecidos, ou a ele relacionados.¹¹⁴

A dor possui um evidente objetivo benéfico, que é, em última esfera, a preservação da própria vida humana. Tal é a conclusão de Paul BRAND, médico britânico que se especializou no tratamento de pessoas portadoras de hanseníase. Em sua obra autobiográfica, menciona:

“Aos poucos, surgiu uma nova compreensão de como a dor protege os membros normais, e comecei a considerar a ausência de dor como uma das maiores maldições que pode recair sobre o ser humano. Na Índia havíamos confiado principalmente em pistas visuais – feridas causadas por uma lâmpada, mordidas de rato [o autor demonstrou que as feridas da hanseníase, até então chamadas de *carne má*, eram, na verdade, da incapacidade do portador de doença em perceber a dor que sentia a ponto de ter suas mãos roídas por ratos] –, enquanto em Carville [instituto nos

113 David CUNDIF, op. cit., p. 39.

114 MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Classification of Chronic Pain*. 2ª edição. Seattle: IASP Press, 1999, p. 209 a 213, 1994. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acessado em 19.04.2010.

EUA para o tratamento da hanseníase no qual BRAND trabalhou] as ferramentas à nossa disposição nos permitiam resolver os mistérios mais obscuros do rompimento dos tecidos. Passei a ter uma sensação sempre crescente de reverência e gratidão pelas maneiras extraordinárias com que a dor protege diariamente cada tecido sadio”.¹¹⁵

A dor é experimentada de forma individual, de tal modo que não pode ser mensurada, podendo ser somente acreditada naquilo que o paciente apresenta como sendo a dor. A dor, nesse sentido, por ser uma experiência pessoal, varia em conformidade com a idade, sexo, raça, suporte social e cultura.¹¹⁶ Destaca-se que, em filosofia, estudam-se as diversas teorias conceptivas da dor e do sofrimento. Destas, evidencia-se que a sensação da dor não envolve apenas a percepção desta, mas uma caracterização afetiva, permitindo com que a dor seja processada de forma representativa.¹¹⁷

O sofrimento implica não apenas a dor física percebida pelo paciente, como também os sentimentos ou emoções decorrentes da própria doença. Tanto que, Cicely Saunders comenta a dor total, destacando que o cuidado médico não pode se resumir tão-somente à dor física, “[...] *mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar*”.¹¹⁸

Destaca ainda CUNDIF que o pedido de suicídio assistido,

115 BRAND, Paul; YANCEY, Philip. *A dádiva da dor*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005, p. 237 e 238.

116 ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; MACIEL, Maria Goretti Sales. OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coordenador). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 370.

117 AYEDE, Murat. Pain. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (EUA), Maio de 2009. Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/pain/>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

118 Ana ARANTES; Maria MACIEL, op. cit., p. 371.

ou de eutanásia, é geralmente fruto do sofrimento, em especial provocado pelas consequências inerentes à própria doença ou decorrentes do tratamento aplicado.¹¹⁹ Não por pouco, o sofrimento é o que altera as prioridades da vida, de tal forma que, muitas vezes, a morte passa a ser mais almejada do que a própria vida.¹²⁰

O sofrimento e a dor caracterizam-se por ser um fenômeno subjetivo. O sofrimento é caracterizado como sendo privado ao seu “proprietário”, apenas percebido por quem a sofre. Não se permite transferir o sentimento de dor nem de se acessar o processo mental, de tal forma que o experimentar a dor é um processo intimista inerente ao paciente.¹²¹

Na sociedade ocidental, de cunho hedonista utilitarista, entende-se que a dor é uma sensação ruim e, como tal, deve ser dominada. CUNDIF destaca que, conforme pesquisa realizada, os norte-americanos possuem mais medo de sofrerem com dores, do que do próprio medo de vir a morrer. O mesmo autor destaca que a dor é colocada como forma de isolamento e privações. A dor domina todos os sentimentos, e, em casos graves, pessoas se preocupam mais com as dores do que com a própria vida.¹²²

Deve ser considerado, certamente, que os padrões sociais do mundo ocidental, com o desenvolvimento de tratamentos e equipamentos médicos implicaram na forma de se aceitar e enfrentar a dor. Com a propagação das formas possíveis de eliminar a dor e o sofrimento, passa-se a considerar uma vida qualitativa somente

119 David CUNDIF, op. cit., p. 22.

120 DE MESQUITA, Antônio Neves. *Estudo no livro de Jó. Uma interpretação do sofrimento humano*. Rio de Janeiro: Junta de Educação Religiosa e Publicações, 1979, p. 36.

121 Murat AYEDE, loc. cit.

122 David CUNDIF, op. cit., p. 130.

na ausência dessas. Assim, diante da já colocada “divinização” dos serviços médicos e da busca da extirpação do sofrimento e da morte da realidade da vida, a dor é um inconveniente que deve ser evitado. Passa-se a viver numa sociedade anestésica, que não consegue conviver com a dor. A dor passa a implicar uma falha na qualidade de vida, que deve ser combatida.¹²³

BRAND, por sua vez, destaca que, à medida que o sofrimento da dor pode ser silenciado, perde-se a capacidade de saber qual o objetivo da dor. Chega-se a um ponto em que, nos EUA, são consumidas por ano trinta mil toneladas de aspirina, estimando-se a quantia média de 250 comprimidos para cada norte-americano.¹²⁴ Alerta:

“Na perspectiva moderna a dor é um inimigo, um invasor sinistro que deve ser expulso. Se o medicamento elimina a dor rapidamente, ótimo. Essa abordagem tem uma falha crucial, perigosa. Considerada como um inimigo, e não um sinal de advertência, a dor perde o seu poder de instruir. Silenciar a dor sem considerar a sua mensagem é como desligar um alarme de incêndio que esteja tocando, a fim de evitar receber más notícias”.¹²⁵

Apesar de ser possível destacar a função relevante da dor e do sofrimento na busca do restabelecimento do corpo humano, e da existência de um sentido espiritual neles, há certamente o sofrimento sem causa. A dor é o sintoma esperado entre doentes terminais, especialmente dentre os que sofrem de câncer e de SIDA.¹²⁶ A dor,

123 Leocir PESSINI, op. cit., p. 46.

124 Paul BRAND; Philip YANCEY, op. cit., p. 263 e 265.

125 Paul BRAND; Philip YANCEY, op. cit., p. 264 e 265.

126 ARANTES, MACIEL, 2008, p. 371. As autoras destacam que a dor é sintoma presente em 90% dos pacientes terminais de câncer e em 50% dos pacientes terminais de SIDA.

nesses casos, não possui qualquer utilidade senão a de demonstrar a decadência eminente do organismo.¹²⁷

Contudo, apesar da intensidade da dor ao paciente terminal, a ausência aparente de motivo e a perda da qualidade de vida não são motivos para a solicitação do suicídio assistido.

2. Das possibilidades ao paciente terminal diante do sofrimento

2.1. Do alívio do sofrimento – Da desistência do intento de morrer

Considerando-se que a dor e o sofrimento são inerentes tanto ao processo de viver como ao de morrer, cumpre destacar que, além dos esforços que a ciência tem encontrado para estender a vida, ela também possui meios para garantir um maior controle da dor. De tal forma que, hoje, existem formas de resgatar a possibilidade de uma morte digna, um real sentido da palavra *eutanásia*.

A eutanásia, como a morte digna, é o alvo a ser buscado pelo paciente terminal. Não se demonstra como adequado a obrigação do paciente terminal a se submeter a diversos tratamentos inúteis que, em última análise, virão tão-somente a agravar o sofrimento infligido. Explana ainda CUNDIF, comentando de sua experiência pessoal no tratamento de doentes terminais:

“Tradicionalmente, tem-se entendido a morte com dignidade como morrer com conforto físico e apoio psicológico, emocional e espiritual aos moribundos, fornecido por profissionais médicos competentes em conjugação com familiares e entes queridos. Devem ser evitados os diagnósticos e terapias inoportunos e desnecessários e, se possível, os moribundos devem viver os seus últimos dias em casa e nas

127 David CUNDIF, op. cit., p. 132; Paul BRAND, Philip YANCEY, op. cit., p. 353 e 354.

suas próprias camas. Pessoalmente, tenho muita dificuldade em considerar isto como ‘morte com dignidade’, se as dores e outros sintomas físicos e psicológicos dos meus próprios doentes terminais fugirem de tal modo ao controle que eles supliquem a aplicação da eutanásia ou do suicídio assistido”.¹²⁸

Nesse sentido, a própria bioética demonstra da necessidade em pautar os tratamentos que seriam necessários em relação àqueles que seriam considerados extraordinários. Essa análise pauta-se tão-somente com base no real estado do paciente e de seu prognóstico com o tratamento.

Retirando-se o fator causador do sofrimento humano, resgatando, em parte, a função da antiga medicina em que se auxiliava o paciente a se preparar para sua própria morte, retira-se o interesse em querer praticar o suicídio como forma de se livrar dos problemas.

São diversos os relatos médicos que atestam para o fato de que, retirados os causadores do sofrimento, em especial as agonizantes dores físicas sentidas pelo paciente, mesmo em estado terminal, é maior seu interesse em poder se “preparar para a morte”. Esse preparo para a morte, contudo, não consiste unicamente na prestação de serviços médicos, mas da assistência de outros profissionais, tais como os de psicólogos e de capelães.

Desse modo, evidenciam-se os avanços médicos nas possibilidades terapêuticas do controle da dor física causada pelas condições desabilitadoras corporais. No entanto, é fato que as faculdades médicas falham ao deixar de preparar os profissionais médicos em tratar a dor. O profissional de saúde encontra-se habilitado para o tratamento dos sofrimentos da medicina, contudo,

128 David CUNDIF, op. cit., p. 19.

não encontra meios de lidar com os sofrimentos de seus pacientes.

WESTPHAL sustenta e enfatiza que, embora a doença, mesmo que terminal, não implique felicidade, ela não é o impedimento para esta. Estaria assim demonstrada a influência do ideal hedonista da sociedade em vincular a felicidade à ausência de doença.¹²⁹

Contudo, CUNDIF destaca que, com a utilização da correta medicina e de medicamentos, é hoje possível a retirada quase que total das dores percebidas pelo paciente em seu estado terminal.¹³⁰ De tal forma que o intento de morrer se encerra a partir do momento em que a causa do sofrimento é retirada. E, com isso, permite-se ainda que a proximidade da morte signifique em intenso aprendizado, não apenas ao paciente, como também aos seus familiares e amigos próximos.

2.2. Da persistência no tratamento inútil e da possibilidade do tratamento paliativo e dos *hospices*

Como já destacado dos aspectos negativos do avanço das ciências médicas, o profissional médico torna-se um mero técnico, com conhecimento técnico hábil a lidar com os problemas apresentados pelo paciente portador de doença. Contudo, o treinamento apresentado ao profissional médico não inclui o momento em que o tratamento passa a ser inútil e acaba causando mais sofrimentos ao paciente.¹³¹

Por sua vez, o médico é a pessoa de confiança do paciente e de sua família. Certamente, como fruto do pós-modernismo, conforme destacam PESSINI e WESTPHAL, o corpo médico possui certas

129 Euler WESTPHAL, *Brincando no paraíso perdido*, p. 86.

130 David CUNDIF, op. cit., p. 151.

131 Leocir PESSINI, op. cit., 51; Euler WESTPHAL, *Brincando no paraíso perdido*, p. 141, 142 e 147; WESTPHAL, *Bioética*, p. 33; WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 93 e 96; Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 69.

características divinas pelo amplo poder que a estes é dado pelos recursos médicos disponibilizados.¹³² No entanto, CUNDIF destaca igualmente o desespero a que se induz quando o tratamento aplicado pouco ou nada faz para atenuar as dores percebidas pelo paciente:

“A maioria do público em geral acredita que os médicos e enfermeiros fazem tudo quanto é humanamente possível para controlar a dor provada pelo cancro. Poucas pessoas estão a par de que a maioria dos médicos deveriam ser mais bem formados do que são para tratar os sintomas físicos e psicológicos associados à doença terminal. Como resultado, muitas pessoas desenvolvem um sentimento de desespero, pensando que pouco se pode fazer para aliviar a dor e o sofrimento do processo de morte”.¹³³

Noutro aspecto, fica evidente que o ambiente hospitalar não se demonstra adequado para a morte do paciente. O paciente terminal prefere poder ser tratado em sua casa e morrer acompanhado de sua família. Esse é um dos fatores de sofrimentos causados ao paciente que o fazem pautar pelo pedido de suicídio assistido ou eutanásia. O sentimento de isolamento (ante os poucos momentos em que a família pode estar presente), pelos custos envolvidos com o tratamento (angústia) e a falta de acompanhamento emocional e espiritual demonstram que a morte no ambiente hospitalar não se caracteriza por dignificante. Destaca CUNDIF:

“Se a dor ou os sintomas físicos se tornam intoleráveis ou se o fardo de cuidar do doente durante as 24 horas do dia esgota a família, a única alternativa parece ser a hospitalização. Infelizmente, a abordagem do tratamento hospitalar com recurso à tecnologia moderna em geral apenas aumenta em vez de diminuir o sofrimento do paciente e o desânimo

132 Leocir PESSINI, op. cit., p. 51; Euler WESTPHAL, *Brincando no paraíso perdido*, p. 21.

133 David CUNDIF, op. cit., p. 24.

da família. Caso se opte pelo internamento hospitalar, a equipa hospitalar pode por vezes levar o paciente moribundo a sentir-se indesejado e culpar os membros da família pelo facto de se sentirem incapazes de o tratar em casa”.¹³⁴

Embora se destaque a clara resistência na prática de todas as possibilidades terapêuticas, mesmo que evasivas, nos tratamentos dos pacientes terminais, mostra-se uma possível solução trazida ao dilema ético cristão e biomédico quanto à possibilidade de trazer uma morte dignificante por meio das possibilidades do tratamento paliativo e até da criação de hospitais de retaguarda.

Pelo fato de o evento morte ser de suma relevância, há a necessidade premente do preparo para esta, como já demonstrado. Pois, é a partir da morte que se obtém o significado da pergunta por um sentido da vida. Pelas dificuldades inerentes no processo de morrer, a morte não pode ser tão-somente uma especialidade médica, a quem ela restou relegada.¹³⁵

Nesse sentido, destaca-se da possibilidade, com base no conhecimento médico adquirido, de controlar-se quase a totalidade de dores físicas decorrentes do tratamento médico.¹³⁶ De tal forma que o tratamento paliativo encontra seu substrato nessa possibilidade, a ponto de se falar, na atualidade, que a “ortotanásia” seria uma nova especialidade médica.

O termo “tratamento paliativo” prescreve, em termos gerais, que na ausência de outras formas de tratamento médico ordinário, o cuidado dispensado ao paciente terminal estaria ligado a garantir-lhe

134 David CUNDIF, op. cit., p. 38 e 39.

135 Euler WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 91 e 93; Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 31; David CUNDIF, p. 166 (conforme exposto no capítulo segundo deste trabalho).

136 David CUNDIF, op. cit., p. 151.

o conforto necessário, garantindo um mínimo de qualidade de vida e proporcionando uma morte confortável.

O tratamento paliativo torna-se a alternativa adequada, ao menos prevista num grande número de países em seus códigos de ética médica.¹³⁷ Cumprindo, em certa medida, os termos do juramento de Hipócrates, bem como, obedecendo aos termos da ética principialista de não-maleficência e beneficência.

O cuidado paliativo é, na atualidade, a forma de tratamento recomendada pela Organização Mundial de Saúde, não somente a pacientes de câncer e de SIDA, como forma de tratamento geral. Segundo Maria Goretti Sales MACIEL, o cuidado paliativo envolve o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirma a vida e a morte como processo natural decorrente; não pretende antecipar ou postergar a morte; integra aspectos psicossociais e espirituais; objetiva oferecer suporte de tal modo que o paciente possa viver da forma mais ativa possível até a sua morte; promove a assistência familiar; e prioriza o início tão precoce quanto possível do cuidado, já no diagnóstico inicial da doença.¹³⁸

O tratamento paliativo encontra-se, de certo modo, incluído nas atividades de *hospice*¹³⁹ iniciados pela médica cristã britânica

137 Neste sentido, vide PESSINI, Leo. “Códigos ética e questões de final de vida: uma leitura ética comparada”. *Revisão do Código de Ética Médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 3.10.2008, disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/modificacaocem/include/artigos/mostraartigos.asp?id=984>>. Acessado em 28.04.2010.

138 MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coordenador). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 34. (livro disponível em sua forma digital em <http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?sgeral=livro&button=Busca>. Acesso em 1 maio 2010.

139 Têm-se diversas traduções ao termo *hospice*, sendo possível a utilização de hospício, asilo-lar, ou hospital de retaguarda.

Cicely Saunders, que inconformada com o tratamento dispensado aos pacientes terminais, estudou medicina com o objetivo de se especializar no tratamento da dor e do sofrimento dos pacientes terminais.

BRAND destaca que, por trás do trabalho da Sra. Saunders, encontra-se exatamente o ideal do amor cristão e da compaixão, que de forma indubitável pode servir como forma de aliviar o sofrimento inútil trazido pelas doenças terminais.

“O tratamento padrão dos pacientes terminais ofendeu as profundas sensibilidades cristãs da Dra. Saunders. Enfermeira na época, ela matriculou-se na escola de medicina aos 33 anos com o propósito expresso de descobrir um meio de melhor ajudar os que estavam morrendo. Depois de trabalhar numa casa para os agonizantes dirigida por irmãs de caridade, ela escreveu: ‘O sofrimento só é intolerável quando ninguém se importa. Vemos continuamente que a fé em Deus e em seu cuidado fica infinitamente mais fácil mediante a fé em alguém que mostrou bondade e simpatia’. Ela acabou fundando o St. Christopher, que deu origem ao movimento mundial a favor dessa causa. Saunders nota que o asilo ressuscita um tema da Idade Média, quando a igreja considerava o cuidado dos que estavam à beira da morte como uma das sete virtudes fundamentais.”¹⁴⁰

Encontra-se igualmente em Saunders a recriação de uma alternativa aos pacientes terminais, ao trazer as formas de tratamento de tal forma que os sofrimentos inúteis dos pacientes possam ser mitigados. Destaca-se de PESSINI:

“Cicely Saunders, médica britânica, é considerada a fundadora do moderno *hospice*. No ano de 1967 em Londres ela abriu o Saint Christopher’s Hospice, pioneiro na modernidade. Ela encontrou inspiração na ideia de *hospício* da Idade Média. *Hospes* é uma palavra latina que significa hóspede, convidado. Daí *hospitum*, ou *hospício*, lugar onde os viajantes

140 Paul BRAND e Philip YANCEY, op. cit., p. 355.

eram recebidos como hóspedes. Para a Sra. Saunders, o *hospice* é algo mais que um simples edifício, é toda uma filosofia que pretende dar resposta à problemática do paciente terminal e sua família, ajudando-os a enfrentar essa etapa da vida. O *hospice* entende que não existe somente dor física, mas também dor psíquica, espiritual e social que deve ser levada em conta e amenizada. É o que a Sra. Saunders chama de dor total¹⁴¹.

Os *hospices*, tal como idealizados pela Sra. Saunders, aliam moderna tecnologia no combate da dor, o uso medicamentoso (inclusive de opióides) é planejado a ponto que pacientes possam usufruir o máximo bem-estar, sem percepção da dor e igualmente sem perturbação mental proveniente do uso de analgésicos [aqui em sua forma genérica].¹⁴²

Os *hospices* em alguns países se diferenciam do tratamento paliativo. Surgem, por exemplo, variações que permitem tanto o tratamento em um estabelecimento especializado nesse tipo de tratamento, como também a possibilidade do acompanhamento médico na casa do próprio paciente, onde este é acompanhado pela própria família sob o constante auxílio desta. Ainda caracteriza-se pela multidisciplinaridade do tratamento, que além de médicos e enfermeiros, envolve igualmente fisioterapeutas, psicólogos e capelães, dentre outros, com o objetivo de assistir ao paciente e seus familiares em todas as suas esferas de sofrimento.¹⁴³

Utilizando-se das palavras de CUNDIF, evidencia-se que o tratamento paliativo, ao proporcionar o conforto e a assistência necessária ao paciente terminal e sua família e entes queridos,

141 Leocir PESSINI, op. cit., p. 66.

142 Paul BRAND e Philip YANCEY, op. cit., p. 356; Leocir PESSINI, op. cit., p. 66; e David CUNDIF, op. cit., p. 159.

143 David CUNDIF, op. cit., p. 166.

implica em recuperar, em certa maneira, a dignidade da pessoa ao morrer, permitindo, com isso, o adequado preparo.

“O desnecessário tormento mental e físico do moribundo no ambiente médico normal pode ser incrível. Contudo, com excelentes cuidados paliativos, o processo da morte pode estar associado a um profundo crescimento emocional e espiritual tanto por parte dos pacientes como dos seus entes querido e do pessoal hospitalar.”¹⁴⁴

2.3. Breve comentário a respeito dos tratamentos aos pacientes terminais no Brasil

O Brasil enfrenta dificuldades causadas pela incompreensão da possibilidade de oferecer tratamento paliativo como uma opção adequada e dignificante ao paciente terminal. Em parte, observam-se os esforços do Ministério da Saúde em aplicar o tratamento paliativo e, por outro lado, há a incompreensão do Ministério Público Federal e de boa parcela do poder judiciário em destacar que a ausência de tratamento à doença ao paciente terminal se caracterizaria em homicídio.

Destacam-se, contudo, as iniciativas tomadas pelo Ministério da Saúde em objetivar a prática do cuidado paliativo como maneira adequada no tratamento aos pacientes terminais, procurando conceder-lhes meios para uma morte confortável.

No Brasil, a possibilidade do paciente em recusar conscientemente o tratamento médico proposto, ou, de evitar receber tratamentos evasivos que venham tão-somente a prolongar a vida, sem possibilidade terapêutica efetiva, encontra seu amparo ético por

144 David CUNDIF, op. cit., p. 29 (neste sentido, ainda p. 170).

parte do Conselho Federal de Medicina desde 28.11.2006, que optou pela conduta a que se atribuiu o nome de ortotanásia.¹⁴⁵

A resolução tomada pelo Conselho Federal de Medicina não possui força em garantir caráter legal à prática da eutanásia. Tanto que, após a publicação, por iniciativa do Ministério Público, a resolução veio a ser suspensa por determinação judicial, sob o entendimento de que a prática se assemelharia ao homicídio, obrigando haver o devido processo legislativo.¹⁴⁶

Em 13 de abril de 2010, entrou em vigor o novo Código de Ética Médica¹⁴⁷ brasileiro, com importantes inovações, em especial, em relação ao relacionamento profissional médico e o paciente terminal. Dentre as inovações trazidas, encontra-se a expressa previsão da busca pela ortotanásia, tal como se verifica no item XXII, dos princípios fundamentais, ao prever: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Apesar do entendimento do Conselho Federal de Medicina, que não possui valor legal, senão como norma de orientação interna no

145 COLLUCCI, Cláudia. Médico pode limitar ajuda a doente terminal. *Folha Online*. São Paulo, 10 nov. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128054.shtml>>. Acesso em 1 mai. 2010; Folha de São Paulo. Resolução que possibilita ortotanásia entra em vigor. *Folha Online*. São Paulo, 29 nov. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128767.shtml>>. Acessado em: 1 mai. 2010.

146 FARIAS, Carolina. Justiça suspende permissão para interromper tratamento a doentes terminais. *Folha Online*. São Paulo. 30 out. 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u341299.shtml>>. Acesso em: 1 mai. 2010.

147 Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médico*. CFM nº1939/10 . Brasília, 2010.

conselho, o Brasil ainda enfrenta situações muito mais significativas com o precário sistema público de saúde, em que a morte encontra o paciente, muitas vezes, antes da possibilidade de este vir a ter o devido atendimento médico.

4.3. Do amparo espiritual cristão ao sofrimento

A dor física causada, como apontado, é uma demonstração da boa criação de Deus. A dor, apesar da sensação desagradável, permite a manutenção da vida. A vida sem dor, como demonstra a medicina, seria um desastre, pois impediria a pessoa de proteger diversos de seus órgãos, levando fatalmente à morte.

No entanto, ao lado das dores que previnem quanto a danos físicos maiores, a vida humana se resume ao sofrimento. Nas palavras de Jó 14.1 e 2: “*O homem, nascido de mulher tem a vida curta e cheia de tormentos. É como a flor que se abre e logo murcha, foge como sombra sem parar*”.¹⁴⁸ O sofrimento pode ser considerado como fruto da queda, em que o sofrimento é relacionado às dores do parto e da busca pelo alimento (Gn 3.16 e 17 a 19).

Diversos textos do Antigo Testamento destacam o sofrimento, a doença e a tristeza como sendo frutos da justiça retributiva de Deus, um castigo pelos pecados praticados. Vê-se nisso também a influência mesopotâmica, na qual a vida longa e próspera estaria ligada às virtudes morais de cada pessoa. Por outro lado, os sofrimentos, a morte prematura e as aflições seriam castigos como os de um condenado pelo pecado.¹⁴⁹

Talvez seguindo a linha mesopotâmica, denotam-se diversos relatos relacionados à justiça retributiva nos textos bíblicos, em que

148 BÍBLIA. Português. *Bíblia de Jerusalém*. São Paulo: Paulinas. 1985, p. 899.

149 TERRIEN, *Samuel*. *Jó*. São Paulo: Paulus, 1994, p. 15.

aflições e sofrimentos eram reservados aos que pecavam.

Contudo, apesar dos aspectos positivos relativos à dor, o cristão não desconhece a realidade de que a vida se resume, muitas vezes, ao sofrimento.¹⁵⁰ No entanto, também o faz sabendo que o sofrimento, qualquer que seja, não é em vão no Senhor, pois, para ele, possui um propósito.¹⁵¹

Naturalmente, os textos bíblicos em diversas oportunidades se defrontam com o sofrimento causado por doenças terminais ou incapacitantes. Observa-se perfeitamente o sofrimento em Jó. No relato de Jó, observa-se que o sofrimento infligido não foi por castigo, mas sem motivo aparente, senão o relato de seu preâmbulo, em que Satanás sugere tais medidas como forma de pôr a fé em Deus à prova.¹⁵² No relato de Jó, potencializa-se o sofrimento humano ao máximo, ao retirar-lhe todos os seus bens, a morte de todos os seus filhos e, por fim, a retirada de sua saúde.

A possibilidade do suicídio pode, eventualmente, ser observada na fala da esposa de Jó, que sugere que este amaldiçoe a Deus e posteriormente morra. A questão do suicídio não é abordada no relato de Jó. Antes, fica evidente que a morte não poderia ser infligida pelo próprio homem. Observa-se isso nos textos de Jó 6.8-10, por exemplo, que o intento do desejo de morrer é direcionado ao próprio Deus.

A morte, no Antigo Testamento, representava o fim total da existência humana. Pelos registros bíblicos e históricos conhecidos, não haveria uma vida após a morte. Se observarmos o contexto em que o livro de Jó é escrito, evidencia-se a crença no Sheol, que não

150 N. H. SØE, op. cit., p. 209.

151 Neste sentido, Rm. 8.28

152 Jó 1.9-12 e Jó 2.3-7.

seria um país, e sim, um lugar onde não se existe, um lugar para onde os mortos vão.

A morte representava o fim do relacionamento. Não apenas com as pessoas de seu convívio, mas também com Deus. O Sheol se mostra como sendo um lugar onde os mortos não se lembram de Deus, e, onde aparentemente, Deus também não se lembrava dos mortos. Assim, ser esquecido por Deus representava a verdadeira morte. Cita-se THIELECKE: *“Lo más terrible aquí no es sólo que los muertos cesan de pensar en Yahveh, sino que también vale decir lo contrario: la memoria de Dios igualmente ya no alcanza a los que han sido echados a la vanidad del país de los muertos”*.¹⁵³

Assim, digna seria a morte que ocorresse quando a pessoa estivesse saciada em seus dias, em ampla idade, como se pode verificar nos diversos relatos como os de Abraão, Isaque e Jacó, e também, na vida de Jó.

Contudo, mesmo ocorrendo num futuro distante (após viver muitos anos), haveria os sinais que podem destacar, inquestionavelmente, que a morte não é um evento único na vida de um ser humano. As enfermidades, o estar aprisionado, a opressão representariam o que se denominaria de uma morte relativa.¹⁵⁴

Naturalmente que a esperança cristã sofreu sensível alteração, influenciada pelos pensamentos da escatologia judaica e confirmada por Jesus Cristo. A morte deixa de ser a grande inimiga do ser humano para servir de efetiva forma de consolo. A morte passa a ser desejável, considerando-se que, aos justificados, está prometida uma vida eterna num novo céu e numa nova terra. Efetivamente, com a esperança cristã de uma vida após a morte, isso traz consolo eficaz

153 Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 158.

154 Helmuth THIELECKE, op. cit., p. 158.

dos sofrimentos, pois estes são passageiros e não se comparam com as alegrias que aguardam ao cristão na pós-vida.

A morte em Jó, no entanto, possuía o término da existência. Não se relata na existência de uma vida após a morte. Esta se encontra intimamente relacionada com o esquecimento. A morte para Jó, porém, era sinônimo de descanso do suposto injusto sofrimento infligido por Deus. Ou, ainda, a morte seria o refúgio em que Deus não se lembraria mais de Jó. Entretanto, por isso mesmo, considerando que nada mais haveria depois da morte, Jó embrenha numa luta para demonstrar sua causa diante de Deus.

O relato de Jó, contudo, aborda os conceitos inerentes e mais íntimos quanto ao sentido da vida de quem sofre. O sofrimento traz em questão o sentido de uma vida inteira e, seguindo os relatos da sabedoria judaica, demonstraria a ausência de sentido, a ponto de ser comparável à linha existencialista absurdista, proposta por Albert Camus.

No entanto, em Jó se demonstra o conformismo. Antes de obter a cura física e a restauração de sua família e seus bens, Jó se reconhece como inserido e submisso na criação de Deus. Mesmo seu sofrimento pessoal, tal como o mal (representado no livro de Jó pelos monstros do Leviatã e do Beemot) encontram um desígnio e um propósito dentro da vontade misteriosa de Deus, que, amorosamente, cuida de sua criação. Ao final do livro de Jó, Deus se revela não como um inimigo perseguidor implacável, mas como um Deus infinitamente poderoso, porém, amoroso também para com Jó, a quem lhe dá a graça de oferecer uma audiência.¹⁵⁵ Jó se reconhece submisso a Deus e ao seu cuidado, quer seja para a restauração de

155 Samuel TERRIEN, 1994, p. 302.

sua vida, como para novamente manter o seu silêncio.¹⁵⁶

LEVEQUE acrescenta, contudo, que antes da manifestação de Deus, também o silêncio de Deus serve como forma de depuração da fé. O silêncio assume forma tanto terapêutica, ao retirar as decepções, como esperança, pois em Deus não poderia haver ambiguidades, e também como motivo para buscar ao próprio Deus.

“Para dizer a verdade – e é aí que ressurge o paradoxo latente em toda parte do destino de Jó – até o silêncio de Deus desempenha papel motriz para sua esperança. Assim como o amor invisível de Deus dá o tempo a Jó, seu silêncio lhe abre espaço. Espaço para a recusa ou para o assentimento, espaço para a fuga ou para a busca, porém, de qualquer maneira, espaço de liberdade. O que é loucura de Deus é mais sábio que o homem, e o que Jó se sente tentado a considerar cinismo constitui, da parte de Deus, a mais sábia e audaciosa das pedagogias. Deus finge retirar-se, mas é para que Jó consiga encaminhar-se para ele; Deus prefere parecer estar longe; no entanto, é para que Jó possa refazer, ao longo da vida, os primeiros passos da esperança.”¹⁵⁷

WESTPHAL, igualmente, destaca que o sofrimento não seria uma maldição para Jó, mas acabou se demonstrando como uma bênção ao perceber, não a superação do sofrimento, mas a presença consoladora de Deus no meio do sofrimento, apontando assim para a função em que Cristo assumiu na totalidade o sofrimento humano.¹⁵⁸

Mesmo no Novo Testamento, o sofrimento, a angústia e doença estão também relacionados a castigo pelos pecados. Contudo, apresentam-se também relatos de que o sofrimento teria uma origem

156 Jean LEVEQUE, *Jó: o livro e a mensagem*. São Paulo: Paulinas, 1987, p. 84.

157 LEVEQUE, Jean. *Jó: o livro e a mensagem*. São Paulo: Paulinas, 1987, p. 83.

158 Euler WESTPHAL, *Brincando no paraíso*, 2006, p. 87 a 89.

satânica, causado por demônios.¹⁵⁹

Entretanto, o sofrimento perde sua conotação como castigo divino aos pecadores. Deve-se recordar que ele não pode ser oposto à natureza pecadora do homem, pois, na sua morte redentora, Jesus Cristo tomou sobre si as consequências do pecado da humanidade. SØE destaca que a morte redentora de Jesus serve igualmente como consolo aos cristãos que sofrem, pois, inicialmente, faz a função de lembrar da morte vicária, e, num segundo momento, mostra que ninguém sofreu mais do que Jesus e, que pelo seu sofrimento, retira-se o aguilhão do sofrimento como castigo de Deus.¹⁶⁰

SØE destaca a utilidade do sofrimento, referindo-se de uma forma genérica a todos os sofrimentos trazidos na vida de um cristão, por sua decisão ao cristianismo, incluindo também as doenças:

“Von dieser Absicht Gottes mit den Leiden kann hier natürlich nur allgemein gesprochen werden. Vor allem kann gesagt werden, daß Leiden und Widerwärtigkeiten uns in der Saftmut und Geduld üben sollen, in froher dankbarer und gehorsamer Hingabe an Gott. (Selbst von Jesus heißt es ja, er habe an dem, das er litt, Gehorsam gelernt. Hebr. 5,8). Weiter sollen sie uns vor Überheblichkeit bewahren (so wohl 2. Kor. 12, 7). Überhaupt die demütige Erkenntnis fördern, daß wir keinen Anspruch haben auf Wohlergehen und Glück, und uns – besonders wenn es sich um Leiden handelt, die uns eine Zeit lang oder für immer ganz oder teilweise die Möglichkeit nehmen, unsere übliche Arbeit zu tun – daran erinnern, daß nicht Gott uns nötig hat, sondern wir es sind, die ihn nicht entbehren können. Es kommt hinzu daß wir durch Leiden in den Stand versetzt werden, andere in ihrem Leiden besser zu verstehen und somit auch zu trösten und ihnen zu helfen, wohlgemerkt, wenn wir im Leiden selbst gelernt haben, und von Gott trösten zu lassen (2. Kor. 1, 3-4). Wer im rechten Sinne leidet, wird barmherzig (Hebr. 2, 17-18). So soll auch

159 N. H. SØE, p. 211. SØE aponta diversas passagens no novo testamento nesse sentido. Destaca relatos de Lucas 13.16; Atos 10.38; 1 Cor. 5.5; 1 Tim. 1.20.

160 N. H. SØE, p. 211.

der Christ im Leiden „mehr als siegen“ (Römer 8, 37)”.¹⁶¹

SØE recomenda que o cristão, mesmo em sofrimento, deve buscar por todas as alternativas lícitas que lhe são disponíveis para aliviar o seu sofrimento, de tal forma que os sofrimentos não sejam motivos para causar empecilhos a outras pessoas. Mesmo ao cristão não está garantido o direito de ser “passivo” e viver oprimido em função do sofrimento. Antes, cumpre também ao cristão, por seus meios, lutar e pedir a Deus para que seja afastado o sofrimento.

Por fim, SØE dedica ainda alguns conselhos aos que sofrem por doenças e que se encontram isolados por estas. O autor tenta demonstrar que, mesmo o sofrimento causado pelas doenças que o obrigam a permanecer isolado no leito não é impedimento para demonstrar o amor nem foge da vontade de Deus, antes, nesta se refugia.

“Jedoch besteht noch Anlaß zu folgender Bemerkung: Wenn die christliche Ethik behaupten muß daß die Leiden eine gottgegebene Aufgabe für

161 Tradução aproximada do alemão: “Deste propósito de Deus com o sofrimento pode-se aqui falar apenas de uma forma em geral. De tudo pode ser dito que o sofrimento e as ilusões deveriam nos servir para o exercício da mansidão e da paciência, em devoção alegre, grata e obediente a Deus (mesmo de Jesus assim é dito que ele aprendeu obedientemente através de seu sofrimento. Hb 5.8). No mais, devemos nos cuidar com presunções (assim como em 2Co 12.7), principalmente em promover o humilde conhecimento, que nós não temos nenhuma reclamação quanto ao viver bem e feliz, e nós devemos lembrar – em especial quando se trata de lidar com sofrimento, que nos retira muito tempo ou totalmente, a possibilidade de fazermos a totalidade ou mesmo parcialmente o restante de nossas tarefas, que Deus não nos tem como necessários, senão nós que não podemos nos separar dele. Isso vem ao encontro, que nós pelo sofrimento somos colocados em posição para entender o sofrimento de outras pessoas e, com isso, também a consolá-los e ajudá-los, ou melhor, quando nós pelo sofrimento mesmo aprendemos a sermos consolados por Deus (2Co 1.3-4). Quem de forma adequada sofre, será misericordioso (Hb 2.17-18). Assim também deve o cristão em sofrimento ser ‘mais que vencedor’ (Rm 8.37).” [tradução da autora]. N. H. SØE, op. cit., p. 213.

den Christen sind, auch wenn er gezwungen ist, sie auf einem meist einsamen Krankenlager zu tragen, so scheint es verkehrt zu sein, wenn man behauptet, das ethische Leben erschöpfe sich völlig in der Liebe zum Nächsten (vgl. S. 133 ff.). Wenn ein Mensch geduldig und gottergeben ein langes und vielleicht sehr schmerzhaftes und dazu noch einsames Krankenlager erträgt, hat es schwerlich Sinn zu behaupten, das alles habe nur Bedeutung als Verkündigung, die es für andere sein kann, und als Beweis der Liebe, die der Kranke eben in seiner Lage seiner Umgebung vielleicht zu verweisen vermag, oder im Dienst der Fürbitte, die er üben kann. Offenbar geschieht im Leiden auch eine persönliche Erziehung, ein Kampf um die Unterordnung des Ich unter den Willen Gottes. Man kann doch schwerlich annehmen, daß ein Mensch, der Tag und Nacht einsam leidet, auch in dieser Lage seine Existenz nur vom Nächsten aus haben soll, daß das ganze Erleben also nur von den kurzen Augenblicken aus Sinn haben soll, wo jemand zur Stelle ist, an dem er Nächstenliebe üben könnte. [...] Warum also Gott manche Christmenschen in lange Leidenszeiten führt, wo sie möglicherweise für andere nur sehr wenig sein zu können scheinen, weil sie so sehr einsam sind, warum er sie also gerade auf diesem Wege erziehen will, bleibt letztlich für uns ein Rätsel. Jedenfalls aber wird jemand, der mit solchen einsamen leidenden Menschen zu tun hat, kaum geneigt sein, (mit Bultmann und anderen) zu behaupten, wer nicht im Verhältnis zum Nächsten lebe, befinde sich in einem „luftleeren Raum“ (vgl. S. 135)”.¹⁶²

-
- 162 Tradução aproximada do alemão: “Ainda existe a oportunidade para se fazer a seguinte observação: quando a ética cristã necessita afirmar que o sofrimento é uma tarefa dada por Deus ao cristão, mesmo quando este é forçado a ser encerrado ao leito doente solitariamente, assim pareceria ser errado quando afirmamos que a vida eticamente se esgota totalmente no amor ao próximo (neste sentido p. 133ss [da obra]). Quando uma pessoa com paciência e resignadamente suporta um longo e possivelmente bastante doloroso e ainda por cima, solitário, dificilmente possui isto um significado por afirmar, que isso totalmente possui significado como proclamação, que isto poderia ser para outros, e como prova do amor, aos que estão no local com o doente ou em suas proximidades possam experimentá-lo, ou a serviço da intercessão, que ele pode praticar. Gratidão aparece no sofrimento como um aprendizado pessoal, uma luta pela submissão do eu sob a vontade de Deus. Podemos aceitar com muita dificuldade, que uma pessoa, que dia e noite sofre solitariamente, também nesta situação sua existência seria em função ao próximo, que a totalidade da vivência somente em poucos aspectos pode

O sofrimento, portanto, mesmo não causado por Deus, é por este permitido. Ele não possui um caráter de castigo, como fruto de uma justiça retributiva, pois, em Jesus Cristo, tem-se o perdão dos pecados da humanidade. Ao cristão, o sofrimento serve como forma de aprendizado e também de prática. Prática de gratidão, de devoção e também de amor ao próximo, entendendo que este encontra um propósito em Deus.

Antes, mesmo no leito hospitalar, tem-se em Jesus Cristo a perfeita identificação com o sofrimento humano, seja qual for. Embora inútil aos olhos humanos, o sofrimento não é empecilho para que o sofredor seja considerado digno e útil para os desígnios de Deus.¹⁶³

Ao sofredor, resta a certeza de que o sofrimento que pode anteceder à morte não é castigo nem representa o fim infeliz de uma vida. Cumpre ao cristão sempre lembrar que o sofrimento não é a determinante de sua vida. Mesmo devendo ser combatido com todas as forças, recomenda-se a lembrança que todos os meios médicos servem tão-somente para assistir e auxiliar.

“A menos que possamos ver os dois lados da moeda, vislumbrando no sofrimento um mal que, a despeito disso, possui sentido

encontrar significado, onde alguém estiver nas proximidades, para que o amor possa ser praticado. [...] Por que Deus conduz alguns cristãos para longos períodos de sofrimento, onde estes possivelmente estejam a brilhar para o próximo em apenas poucas oportunidades, porque elas estão tão solitárias, por que ele quer educar exatamente por este caminho, permanece num último relance como um enigma. Mas em todo caso, aos que devem lidar com esta pessoa sofredora e solitária, apenas podem concordar, (com Bultmann e outros) em afirmar que, quem não se comporta em viver ao próximo, se encontra num ‘quarto sem ar’ (neste sentido p. 135 [da obra do autor citado].” [tradução da autora]. N. H. SØE, 1965, p. 215 e 216.

163 Euler R. WESTPHAL, *Brincando no paraíso.*, 2008, p. 88.

e finalidade, a medicina provavelmente tomará um rumo tortuoso. Ela buscará a saúde - mas não a Saúde. O médico é o que trata, não é, porém, precisamos lembrar, um salvador. Em última análise, a medicina como um todo nada mais é do que uma tentativa de dispensar cuidados a todos os seres humanos que sofrem. Esse cuidado, entretanto, não pode conceder, por si mesmo, a Saúde e a Integridade que, afinal, desejamos e nos são necessárias. Se respeitarmos os limites morais que nos devem conservar unidos, nem sempre seremos capazes de dar às pessoas aquilo que elas desejam. Talvez não possamos conceder um filho ao casal estéril; permitir aos idosos uma velhice independente; livrar a jovem do filho que ela concebeu; dar aos pais o filho saudável e ‘normal’ que desejam; proporcionar ao paciente terminal um fim indolor. Todavia, podemos e devemos assegurar-lhe que a história de Jesus é verdadeira - que as forças negativas e destruidoras do universo não são os poderes máximos aos quais veneramos.”¹⁶⁴

À ética cristã, cumpre demonstrar e influenciar a bioética na forma de garantir a morte dignificante ao que sofre, na busca de conciliar não apenas o conhecimento científico médico, como também garantir o devido acompanhamento espiritual e familiar do paciente. Cumpre à medicina compreender sua limitação diante da morte e promover o seu intento original de promover a bondade ao que sofre.¹⁶⁵ A demonstração de amor e empatia ao paciente, mesmo que terminal, permitindo com que possa “abrir seu coração”, garantindo a restauração emocional e espiritual com a reconciliação são de importância primordial, quicá mais importantes que as possibilidades clínicas existentes.¹⁶⁶

A morte é o evento central da vida. É esta que lhe define e

164 MEILAENDER, Gilbert. *Bioética. Um guia para os cristãos*. São Paulo: Vida Nova, 1997, p. 21

165 Euler WESTPHAL, *Ciência e Bioética*, p. 94 a 96.

166 Euler WESTPHAL, *Brincando no paraíso perdido*, p. 145 e ss.; Gilbert MEILAENDER, op. cit., p. 21.

quantifica a existência. O suicídio não representa a solução adequada frente à importância que a morte impõe. Trata-se da interrupção abrupta, de certa forma indigna de uma vida, pois ditada pelo sofrimento. Na medida em que os anseios físicos, emocionais e espirituais do paciente são atendidos, recupera-se uma possibilidade de um término de existência dignificante, marcado pelo crescimento espiritual e na esperança do consolo em Cristo.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é o evento mais relevante da vida. Por ser o fim da existência, o término da personalidade, a ruptura dos relacionamentos, a morte dita o sentido da vida.

Com o presente estudo, destacou-se, em seu primeiro capítulo, que o suicídio assistido é a obtenção de auxílio para a morte. De que, historicamente, o suicídio não é condenado, tendo sido praticado em larga escala e ainda sendo moralmente aceito por muitos povos. Sua vedação em grande medida ocorreu por causa da influência religiosa, especialmente, o cristianismo. O suicídio assistido tem sua procura relacionada com a revolução das ciências médicas, que alteraram a forma social de encarar a morte, a qual, antes ocorria no seio da família, e agora, foi transferida para o ambiente hospitalar. A própria medicina, que antes era praticada em prol do paciente, passou a se interessar pela doença do paciente. Este, por sua vez, encontra-se abandonado no leito hospitalar, longe de sua família que, em poucos momentos, poderá acompanhá-lo em seu sofrimento.

Com o segundo capítulo, demonstrou-se que a medicina,

na sociedade hedonista-utilitarista, busca o ideal da vida eterna, alicerçada numa vida sem problemas nem sofrimentos. Isso igualmente se irradia à sociedade, na qual a morte e o sofrimento são contrários à felicidade e, portanto, a todo custo devem ser afastados. A ética cristã, por sua vez, lastreada no ensinamento cristão, demonstra que seus valores são essenciais para nortear a ética, como também a bioética. É do cristianismo que se obtém a dignidade do ser humano, não por si só, mas por ele ser alvo e objeto do amor do Criador e da redenção graças à morte salvífica de Jesus. Recupera-se igualmente a noção de que a vida não é pertencente ao ser humano, mas a Deus unicamente. Embora o ser humano seja o único animal apto a obter a própria morte, essa liberdade atenta à vontade de Deus. Cumpre a Deus julgar o valor e a necessidade de uma vida, e não ao ser humano. O sofrimento não retira a dignidade do ser humano, muito menos a possibilidade de ser útil aos olhos de Deus. Portanto, o suicídio não é opção ao ser humano, mesmo confrontado com a zona limítrofe do sofrimento de uma doença terminal.

No terceiro capítulo, procurou-se relacionar os principais motivos que levam um paciente a procurar o suicídio assistido, estando estes relacionados, em boa parte, ao sofrimento e a própria dor. O sofrimento não ocorre tão-somente com a doença em si, porém, possui sequelas emocionais importantes, tal como as de estar isolado da família, da ausência do sentido de vida pelas limitações da doença. Entretanto, uma vez tratada a dor, tanto pelo uso de medicamentos, como acompanhados os traumas emocionais, geralmente o intento ao suicídio cessa. Com isso, apresentou-se a iniciativa de Cicely Saunders, cristã, que não podendo suportar o sofrimento dos pacientes, criou a primeira instituição inglesa no tratamento de doentes terminais, procurando não a obtenção da cura,

mas o cuidado da dor em sua multiplicidade de formas, utilizando-se de uma equipe multidisciplinar que busca garantir a melhor sobrevida ao paciente. Dessa iniciativa, surge o tratamento paliativo para os pacientes terminais, medida esta, apoiada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, que busca não a cura da doença, mas a minimização da dor e do sofrimento terminal.

Com o presente trabalho, procurou-se ainda identificar que a dor e o sofrimento não são frutos do castigo de Deus. Antes, a dor é uma das maravilhas da criação que permite exatamente a sobrevivência. Mesmo se fosse um castigo, este seria tomado sobre Jesus em sua morte na cruz, medida esta, aliás, que implica a completa identificação de Jesus com quem sofre. O sofrimento, embora seja fonte de infelicidade, não implica a ausência desta, muito menos a perda da dignidade do ser humano.

Como conclusão ao trabalho, procurou-se demonstrar que a ética cristã é necessária para nortear a conduta do ser humano. É a partir dela que se obtém a dignidade do ser humano e da vida que este possui, provenientes do amor de Deus e não do valor encontrado no próprio ser humano.

O suicídio assistido não é solução para o sofrimento do doente terminal. Antes, é a forma abrupta de terminar a vida, pois é ditado por outros fatores. A proximidade com a morte é época de grande crescimento e também de preparo, tanto ao paciente como também aos familiares.

O suicídio também é a execução do juízo, pelo homem, que estaria reservado unicamente para Deus. É tomar sobre si a responsabilidade em julgar a existência ou não de valor para a vida. O sofrimento não retira a dignidade do ser humano nem a possibilidade de se encontrar a felicidade no sofrimento. Antes, a

ética cristã aponta que em Deus se encontra o perfeito consolo e o perfeito propósito também para o sofrimento inútil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; MACIEL, Maria Goretti Sales. OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coordenador). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- BÍBLIA. Português. *Bíblia de Jerusalém*. São Paulo: Paulinas, 1985
- BONHOEFFER, Dietrich. *Ethik*. 11ª edição. Munique: CHR. Kaiser, 1985
- BRAND, Paul; YANCEY, Philip. *A dádiva da dor*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.
- Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médico*. CFM nº1939/10 . Brasília, 2010.
- COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. Apresentando a bioética. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- CUNDIFF, David. *A eutanásia não é a resposta*. Instituto Piaget: Lisboa, 1992.
- DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 4a. edição. São Paulo: Saraiva, 2007.
- KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípio da beneficência e não-maleficiência. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998
- LEOPOLDO E SILVA, Franklin. Art. “Da ética filosófica à ética em saúde”.

In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

- LEVEQUE, Jean. *Jó: o livro e a mensagem*. São Paulo: Paulinas, 1987

- MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coordenador). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 34.

- MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- MARTIN, Leonard. M. Art. “Eutanásia e distanásia”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

- MEILAENDER, Gilbert. *Bioética. Um guia para os cristãos*. São Paulo: Vida Nova, 1997.

- MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. Art. “O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998

- PESSINI, Leo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2001.

- PESSINI, Leocir. *Eutanásia e América Latina*. Aparecida (SP): Santuário, 1990.

- PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE. Art. “Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana”. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (organizadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

- PRAXEDES, Herbert. *Paciente terminal*. In.: MARTINS, Ives Gandra da Silva (coordenação). *Direito fundamental a vida*. São Paulo: Quartier Latin, 2005, p. 581 a 592.

- SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. Art. “Definição de valores, moral, eticidade e ética”. In: SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (organizadores). *Bioética*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1995.

- SGRECCIA, Elio. *Manual de bioética*. 2ª edição. São Paulo: Loyolla, 2002.

- SØE, N.H. *Christliche Ethik*. 3ª edição. Munique: CHR. Kaiser, 1965.

- TERRIEN, Samuel. *Jó*. São Paulo: Paulus, 1994.

- THIELECKE, Helmut. *Theological Ethics*. Philadelphia: Fort Press, vol. 1, 1961

- THIELICKE, Helmut. *Theologische Ethik*. 1 Prinzipienlehre. Tübingen: Mohr,

1959.

- THIELICKE, Helmut. *Vivir com la muerte*. Barcelona (Espanha): Herder, 1984.
- WESTPHAL, Euler Renato. *Bioética*. São Leopoldo: Sinodal, 2006.
- WESTPHAL, Euler Renato. *Brincando no paraíso perdido*. São Bento do Sul: União Cristã, 2006.
- WESTPHAL, Euler Renato. *Ciência e bioética*. São Leopoldo: Sinodal, 2009.
- WESTPHAL, Euler Renato. *O oitavo dia. Na era da seleção artificial*. São Bento do Sul: União Cristã, 2004.
- WIESE, Werner. *Ética fundamental. Critérios para crer e agir*. São Bento do Sul: União Cristã: FLT, 2008.

Referências da internet:

- AYEDE, Murat. Pain. *The Stanford Encycolpedia of Philosophy*. Stanford (EUA), Maio de 2009. Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/pain/>>. Acesso em: 19 abr. 2010.
 - CAVALCANTE, Antonio de Padua. O código de ética médica de 1988 e a sua revisão. *Revisão do Código de Ética Médica*. Brasília. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/modificacaocem/index.asp>> . Acessado em: 1.5.2010.
 - COLLUCCI, Cláudia. Médico pode limitar ajuda a doente terminal. *Folha Online*. São Paulo, 10 nov. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128054.shtml>>. Acesso em 1 mai. 2010.
 - DIGNITAS. *Wie funktioniert DIGNITAS? Auf welcher philosophischen Grundlage beruht die Tätigkeit diese Organisation?* Forch(Suíça): Dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch>>. Acessado em 14.03.2010.
 - Definition of VES (Voluntary Euthanasia Society). *MedicineNet.com*. San Clemente (Califórnia, EUA), 13 Nov. 1998. Disponível em <<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=7423>>. Acessado em: 1 Mar. 2010.
 - FARIAS, Carolina. Justiça suspende permissão para interromper tratamento a doentes terminais. *Folha Online*. São Paulo. 30 out. 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u341299.shtml>>. Acesso em: 1 mai. 2010.
 - Folha de São Paulo. Resolução que possibilita ortotanásia entra em vigor. *Folha Online*. São Paulo, 29 nov. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128767.shtml>>. Acessado em: 1 mai. 2010.
 - History of Euthanasia. *Euthanasia.com*. Disponível em <<http://www.euthanasia.com/historyeuthanasia.html>>. Acessado em: 1 Mar. 2010.
- = MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Classification of chronic pain*. 2ª edição. Seattle:

IASP Press, 1999, p. 209 a 213, 1994. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acessado em 19.04.2010.

- PESSINI, Leo. Códigos ética e questões de final de vida: uma leitura ética comparada. *Revisão do Código de Ética Médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 3.10.2008, disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/modificacaoem/include/artigos/mostraartigos.asp?id=984>>. Acessado em 28.04.2010.

- U.S. Department of Health & Human Services. *The Belmont Report*. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm>. Acessado em: 13.03.2010.

- WIKIPEDIA. *Suffering*. Abril. 2010. Disponível em <<http://en.wikipedia.org/wiki/Suffering>>. Acessado em 19.04.2010.

- YOUNG, Robert. Voluntary euthanasia. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (EUA), Outono de 2008. Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/>>. Acesso em: 01 mar. 2010.