



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MELISSE EICH

**EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL:
DISTINÇÕES E INTERFACES ENTRE A ÉTICA E A MORAL A PARTIR DOS
DEBATES NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL BRASILEIRO**

FLORIANÓPOLIS

2021

MELISSE EICH

**EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL:
DISTINÇÕES E INTERFACES ENTRE A ÉTICA E A MORAL A PARTIR DOS
DEBATES NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL BRASILEIRO**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Bioética e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Verdi

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mirelle Finkler

FLORIANÓPOLIS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Eich, Melisse

Eutanásia, Suicídio Assistido e Cuidados Paliativos no Brasil : distinções e interfaces entre a ética e a moral a partir dos debates no Poder Legislativo Federal Brasileiro / Melisse Eich ; orientador, Marta Verdi, coorientador, Mirelle Finkler, 2021.

598 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Eutanásia. 3. Suicídio Assistido. 4. Eutanásia Ativa Voluntária. 5. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. I. Verdi, Marta. II. Finkler, Mirelle. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Melisse Eich

Eutanásia, Suicídio Assistido e Cuidados Paliativos no Brasil: distinções e interfaces entre a ética e a moral a partir dos debates no Poder Legislativo Federal Brasileiro.

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mirelle Finkler

Coorientadora

Prof.^a Dr.^a Jucélia Maria Guedert

Membro Externo. CONEP

Prof.^a Dr.^a Flávia Regina Souza Ramos

Membro PEN/UFSC

Prof. Dr. Fernando Hellmann

Membro PPGSC/UFSC

Prof.^a Dr.^a Erica Lima Costa de Menezes

Suplente Externa

Prof.^a Dr.^a María Fernanda Vásquez Valencia

Suplente PPGSC/UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi

Orientadora

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a minha formação e o desenvolvimento desta pesquisa. Em especial, as professoras Marta e Mirelle que me apoiaram e sempre demonstraram disponibilidade para cooperar no desenvolvimento da minha personalidade. Aos professores Fernando e Flávia que compuseram a banca examinadora pelas importantes contribuições e sugestões. A Jucélia, membro da banca, pela sua riqueza infinita de conhecimento científico e humanidade no cotidiano da prática assistencial. A Érica pela sua amizade e suas observações no campo político. A Maria Fernanda pelas suas orientações referentes ao *software* de análise utilizado nesta pesquisa. A minha família e amigos por terem compreendido a minha ausência neste período e ao Pedro, esposo e companheiro, por estar sempre ao meu lado, corroborando nas discussões e embates teórico-práticos. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me concedeu uma bolsa de estudo de pós-graduação.

CANTO PARA A MINHA MORTE

***EU SEI QUE DETERMINADA RUA QUE EU JÁ PASSEI
NÃO TORNARÁ A OUVIR O SOM DOS MEUS PASSOS
TEM UMA REVISTA QUE EU GUARDO HÁ MUITOS ANOS
E QUE NUNCA MAIS EU VOU ABRIR***

***CADA VEZ QUE EU ME DESPEÇO DE UMA PESSOA
PODE SER QUE ESSA PESSOA, ESTEJA ME VENDENDO PELA ÚLTIMA VEZ
A MORTE, SURDA, CAMINHA AO MEU LADO
E, EU NÃO SEI, EM QUE ESQUINA ELA VAI ME BEIJAR***

COM QUE ROSTO ELA VIRÁ?

***SERÁ QUE ELA VAI DEIXAR ACABAR O QUE EU TENHO QUE FAZER?
OU SERÁ, QUE ELA VAI ME PEGAR NO MEIO DE UM COPO DE UÍSCUE?
NA MÚSICA QUE EU DEIXEI PARA COMPOR AMANHÃ?***

***SERÁ QUE ELA VAI ESPERAR EU APAGAR O CIGARRO NO CINZEIRO?
VIRÁ ANTES DE EU ENCONTRAR A MULHER, A MULHER, QUE ME FOI DESTINADA
E QUE ESTÁ EM ALGUM LUGAR ME ESPERANDO
EMBORA, EU AINDA NÃO A CONHEÇA?***

***VOU TE ENCONTRAR, VESTIDA DE CETIM
POIS, EM QUALQUER LUGAR, ESPERAS SÓ POR MIM
E, NO TEU BEIJO, PROVAR O GOSTO ESTRANHO
QUE EU QUERO E NÃO DESEJO, MAS TENHO QUE ENCONTRAR
VEM, MAS DEMORE A CHEGAR
EU TE DETESTO E AMO***

*MORTE, MORTE, MORTE
QUE TALVEZ, SEJA O SEGREDO DESTA VIDA*

*MORTE, MORTE, MORTE
QUE TALVEZ SEJA O SEGREDO DESTA VIDA*

*QUAL SERÁ A FORMA DA MINHA MORTE?
UMA DAS TANTAS COISAS QUE EU NÃO ESCOLHI NA VIDA
EXISTEM TANTAS... UM ACIDENTE DE CARRO,
O CORAÇÃO QUE SE RECUSA A BATER NO PRÓXIMO MINUTO,
A ANESTESIA MAL APLICADA,
A VIDA MAL VIVIDA, A FERIDA MAL CURADA, A DOR JÁ ENVELHECIDA,
O CÂNCER JÁ ESPALHADO E AINDA ESCONDIDO, OU ATÉ, QUEM SABE,
UM ESCORREGÃO IDIOTA, NUM DIA DE SOL, COM A CABEÇA NO MEIO-FIO*

*OH MORTE!
TU QUE ÉS TÃO FORTE!
QUE MATAS O GATO, O RATO E O HOMEM
VISTA-SE COM A TUA MAIS BELA ROUPA QUANDO VIERES ME BUSCAR
QUE MEU CORPO SEJA CREMADO E QUE MINHAS CINZAS ALIMENTEM A ERVA
E QUE A ERVA ALIMENTE OUTRO HOMEM COMO EU
PORQUE EU CONTINUAREI NESTE HOMEM
NOS MEUS FILHOS, NA PALAVRA RUDE
QUE EU DISSE PARA ALGUÉM QUE NÃO GOSTAVA
E ATÉ NO UÍSQE QUE EU NÃO TERMINEI DE BEBER, AQUELA NOITE*

*VOU TE ENCONTRAR, VESTIDA DE CETIM
POIS, EM QUALQUER LUGAR, ESPERAS SÓ POR MIM*

***E NO TEU BEIJO, PROVAR O GOSTO ESTRANHO, QUE EU QUERO E NÃO DESEJO, MAS
TENHO QUE ENCONTRAR***

VEM, MAS DEMORE A CHEGAR

EU TE DETESTO E AMO

MORTE, MORTE, MORTE

QUE TALVEZ SEJA O SEGREDO DESTA VIDA!

MORTE, MORTE, MORTE

QUE TALVEZ SEJA O SEGREDO DESTA VIDA!

RAUL SEIXAS (1945-1989).

A memória de Ivana Meynet

Amiga e companheira de profissão. Pessoa extraordinária, sempre conectada ao soberano bem de uma humanidade mais justa e equitativa. Dedico essa pesquisa a você, minha Eterna, Amiga!

14/09/1974 - 17/10/2019.

Resumo

As questões éticas e morais que perpassam as práticas em fim de vida na eutanásia voluntária ativa, no suicídio assistido e nos cuidados paliativos, analisadas a partir das propostas apresentadas pelos deputados e senadores no Poder Legislativo Federal Brasileiro, originaram o desenvolvimento desse estudo. Nesta trajetória, que não se esgotou nos textos produzidos, almejamos apreender e compreender um percurso de decisões políticas que envolvem as escolhas e a liberdade das pessoas diante do morrer, bem como as soluções propostas para os conflitos éticos e de valores na distribuição de competências e desenvolvimento humano. Visto que o diálogo se manteve na intrincada composição e hierarquia de valores, nos sistemas morais vigentes, os quais se tornam (ou podem se tornar) concretos diante dos projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação em práticas de fim de vida decidimos selecionar alocações representativas dos sentidos estabelecidos pelos referidos autores. O percurso da pesquisa foi delineado tanto pelos pressupostos epistemológicos da fusão hermenêutica-dialética, como submergiram nas diferentes realidades com as suas peculiaridades, contradições e incoerências. A busca de informações sobre as legislações e regulamentações referentes aos países que possuem um ordenamento das práticas de fim de vida foi realizada nos referidos *sítes* governamentais e institucionais, enquanto a seleção dos dados brasileiros se efetivou nos *sítes* do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Para as fases de *ordenação* e *classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e organizadas com o auxílio do software de organização e análise de dados qualitativos *Atlas.ti 9.0*, a fim de sintetizar o amplo volume de material. Na *fase de análise final* as categorias temáticas juntamente com as categorias analíticas foram debatidas em quatro manuscritos como resultado final de pesquisa abrangendo uma análise bioética dos projetos de leis, em seus respectivos contextos de debates, relacionados às práticas de fim de vida, bem como uma discussão sobre as diversas concepções construídas nos processos argumentativos. Em seguida, adentramos na reflexão sobre os desafios do percurso de delimitações referentes às práticas de fim de vida, no contexto brasileiro, particularmente sobre a associação entre os cuidados paliativos e a ortotanásia e a frágil distinção que os legisladores fazem dessa última em relação à eutanásia. Por conseguinte, tais distinções resultam em propostas que deixam em segundo plano a autonomia da pessoa que sofre e limitam ainda mais a autodeterminação das pessoas sobre a própria vida e a morte. Assim, constatamos que as disputas políticas transcendem os acirrados embates de domínio e ingerência arquitetados pelos interesses de grupos que até o momento usufruíam - e por vezes ainda usufruem - de uma posição de privilégio e domínio moral através dos resquícios históricos ainda vigentes em nossa sociedade. Além disso, as estratégias reconhecidas como válidas para solucionar os conflitos éticos e morais cotidianos, particularmente no campo da saúde e que são inerentes à vida, foram reduzidos a outros interesses políticos e/ou corporativos.

Palavras-chave: Eutanásia. Suicídio Assistido. Eutanásia Ativa Voluntária. Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Regulamentação de Organismos de Política. Fatores Políticos.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Abstract

The ethical and moral issues that permeate end-of-life practices in active voluntary euthanasia, assisted suicide and palliative care, analyzed from the proposals presented by deputies and senators in the Brazilian Federal Assembly, originated the development of this study. This trajectory, which has not been thoroughly explored in texts production, aims to apprehend and understand a path of political decisions that involve people's choices and freedom in the face of dying, as well as the proposed solutions to ethical and value conflicts in the distribution of skills and human development. Since the dialogue was maintained in the intricate composition and hierarchy of values, in the current moral systems, which become (or may become) concrete before the bills, reports, opinions of commissions, vetoes, amendments, final writing, requirements, draft legislative decrees, complementary bills, conversational bills on end-of-life practices we decided to select statements representative of the meanings established by the referred authors. The research path was outlined both by the epistemological assumptions of the hermeneutic-dialectical fusion, as well as submerged in different realities with their peculiarities, contradictions and inconsistencies. The search for information on the laws and regulations related to countries that have an end-of-life practice order was acquired on the referred governmental and institutional websites, while the selection of Brazilian data were carried out on the websites of the National Congress, Federal Senate and House of Representatives. For the data ordering and classification phases, the collected information was stored and organized with the help of qualitative data organization and analysis software *Atlas.ti 9.0*, in order to synthesize the large volume of material. In the final analysis phase, the thematic categories together with the analytical categories were discussed in four manuscripts as a final research result covering a bioethical analysis of the bills, in their respective contexts of debates, related to end-of-life practices, as well as a discussion about the different conceptions built in the argumentative processes. Then, we enter into the reflection on the challenges of the delimitation path regarding end-of-life practices, in the Brazilian context, particularly on the association between palliative care and orthothanasia and the fragile distinction that legislators make of the latter in relation to euthanasia. Therefore, such distinctions result in proposals that leave the autonomy of the person suffering in the background and further limit people's self-determination over their own life and death. Thus, we find that political disputes transcend the fierce clashes of dominance and interference designed by the interests of groups that so far have enjoyed - and sometimes still enjoy - a position of privilege and moral dominance through the historical remains still prevailing in our society. In addition, the strategies recognized as valid to resolve everyday ethical and moral conflicts, particularly in the health area, which is inherent in life, have been reduced to other political and/or corporate interests.

Keywords: Euthanasia. Assisted Suicide. Voluntary Active Euthanasia. Palliative care. Palliative Care in the End of Life. Regulation of Policy Bodies. Political Factors.

* This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

SUMÁRIO

<i>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO</i>	15
1. APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA DE PESQUISA	16
1.1. Justificativa da importância e motivação do estudo	33
1.2. Objetivos	36
1.2.1. Objetivo Geral	37
1.2.2. Objetivos Específicos.....	37
2. CONTEXTUALIZAÇÕES DO PROCESSO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	38
2.1. A inserção dos cuidados paliativos na América Latina.....	49
2.2. Uma breve contextualização dos cuidados paliativos no Brasil.....	52
2.3. Diretivas antecipadas da vontade: testamento vital e mandato duradouro no Brasil	72
3. CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA VOLUNTÁRIA ATIVA E/ OU SUICÍDIO ASSISTIDO EM DIFERENTES PAÍSES	81
3.1. Canadá	85
3.2. Estados Unidos	89
3.3. Colômbia	98
3.4. Suíça.....	103
3.5. Holanda	111
3.6. Bélgica	115
3.7. Luxemburgo.....	117
3.8. Finlândia.....	121
3.9. Alemanha.....	122
3.10. Nuances de um último ato de apreensão da realidade atualizada na inteligência	128
4. O ATO EUTANÁSICO NA ARGUMENTAÇÃO MORAL.....	133
4.1. Análise e discussão de argumentos sobre a eutanásia	142
4.1.1. A Moralidade da Eutanásia, segundo James Rachels	143
4.1.2. A incorreção da eutanásia, segundo J. Gay-Williams	150
4.1.2.1. O Argumento da Natureza.....	153
4.1.2.2. O Argumento do Auto interesse	154
4.1.2.3. O Argumento dos Efeitos Práticos	156
4.1.2.4. Discussão sobre os argumentos contrários à eutanásia ativa.....	157

5. FUNDAMENTAÇÕES FILOSÓFICAS.....	167
5.1. Ética e Moral.....	169
5.2. Divisões da Ética: Metaética, Ética Normativa e Ética Aplicada.....	174
5.2.1. A Metaética.....	175
5.2.2. A Ética Normativa.....	179
5.2.2.1 Ética Utilitarista.....	181
5.2.2.2. Ética das Virtudes.....	191
5.2.2.3. A Ética Deontológica Kantiana.....	212
5.2.3. Ética aplicada.....	228
5.2.3.1. Bioética: saber, realidade e responsabilidade.....	229
5.2.3.2. Bioética e a (In)violabilidade da Vida.....	238
6. BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE E BIOÉTICA COTIDIANA: INTERFACES.....	272
6.1 Bioética Cotidiana.....	280
6.1.1. Justiça e equidade.....	281
6.1.2. Processo de tomada de decisão na finitude.....	286
6.2. Bioética da Responsabilidade.....	289
6.2.1. Ética e religião.....	293
6.2.2. A questão dos valores.....	296
6.2.3. Dever e Valores.....	299
6.2.4. Construção dos valores e deliberação moral.....	300
7. PERCURSO METODOLÓGICO.....	304
7.1. Materialismo histórico-dialético.....	305
7.2. A Hermenêutica-dialética: aproximações e controvérsias.....	313
7.3. Operacionalização da Pesquisa na ótica da hermenêutica-dialética.....	337
7.4. Resultados da pesquisa.....	349
REFERÊNCIAS.....	351
ANEXOS.....	373
<i>PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS</i>	469
Artigo 1 – Práticas de fim de vida: uma análise bioética dos projetos legislativos discutidos na esfera federal do Poder Legislativo Brasileiro.....	470
Artigo 2 – Concepções de práticas em fim de vida, uma construção em distintas realidades: do cotidiano à responsabilidade.....	503
Artigo 3 – Suicídio Assistido, Eutanásia Voluntária Ativa, Ortotanásia e os Cuidados Paliativos: um panorama das discussões no Poder Legislativo Federal Brasileiro.....	524

Artigo 4 – Ortotanásia sim... Eutanásia não? uma reflexão sobre as propostas de legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos.	559
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	594

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1. APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA DE PESQUISA

A abordagem sobre uma doença incurável e a morte, ainda pode ser considerado um tabu na atualidade devido a uma concepção que interliga as doenças com a dor e o sofrimento que, por sua vez, seriam intrínsecos ao processo de morrer e que proporcionam o ocultamento do tema *morte* para que não seja nominado. Scheler (2017, p. 17) afirma que “o tipo ‘homem moderno’ não se detém por muito tempo diante da sobrevivência, sobretudo porque, no fundo, nega a essência e o ser da morte”. Isso faz sentido, ao se verificar que o desenvolvimento tecnológico e científico na área da saúde está se tornando acessível a passos lentos em algumas sociedades e em outras se identifica a incorporação da morte como um processo inofismável e pertencente ao ciclo vital de todo ser humano, obtendo diferentes

Maneiras de ser ‘de seu’, maneiras que vão aparecendo, fundadas nas coisas porque realidade é formalidade, é o ‘de seu’¹, e esta é uma formalidade fundada e constitutivamente aberta e dinâmica. Ser real enquanto tal é um dinamismo aberto. Realidade enquanto tal não é um conceito de inteligência concipiente, é um conceito de inteligência senciente² (ZUBIRI, 2011, p. 93).

Todavia, para Barchifontaine (2001, p.284) no Brasil, “vivemos numa sociedade que nega a morte. Assim, a sociedade de consumo proclama: para saber viver bem, esqueça que você deve morrer. A morte, como fim da vida é totalmente inaceitável”. Questionamentos e dúvidas compõe o cotidiano dos seres humanos; pois, nesse dinamismo fundado uns nos outros o processo de morrer e a morte avançam. Se por um lado, alguns seres humanos buscam uma tentativa de desafiá-la com todas as

¹ Nota à edição brasileira da trilogia *Inteligência Senciente* de Tejada e Santos (2011, p. xvii): “os estudiosos brasileiros, porém, apoiados nas expressões dos dicionários *Aurélio* e *Caldas Aulete*, decidiram traduzir, na trilogia *Inteligência Senciente*, o ‘*de suyo*’ por ‘*de seu*’, a fim de expressar em português a propriedade filosófica do termo, tal como Zubiri o fez em espanhol. O editor e sua equipe após criteriosa avaliação, optaram pela expressão ‘*de seu*’, acompanhando a tradução do sinônimo ‘*em próprio*’. Sobre este último não houve discordância, já que essa locução é semelhante à espanhola na forma e no sentido”.

² Nota do tradutor Carlos Nougué referente à obra *Inteligência e Realidade* de Xavier Zubiri: “quanto ao zubiriano *sentiente*, preferimos traduzi-lo por ‘senciente’ (do lat. *sentiens*, *entis*, part.pres.de *sentire*) porque, além de dicionarizado, o termo já tem amplo curso entre os estudiosos brasileiros de Zubiri. Deve-se consignar, todavia, que não se trata de opção unânime entre os zubirianos lusófonos: há os que preferem ‘sentinte’, adjetivo formado segundo o paradigma regular de ‘consentir > consentinte’, ‘ouvir > ouvinte’ e ‘pedir > pedinte”.

técnicas de próteses, enxertos, banco de órgãos, prolongação por meio de obstinação terapêutica, por outro lado os conflitos de valores se tornam ‘torturantes e duvidosos’ para um processo de deliberação de soluções razoáveis e prudentes aos problemas éticos que resultam no ato concreto de práticas terapêuticas.

Assim, na medida em que o acesso a este desenvolvimento técnico-científico aumenta, surgem problemas relativos ao seu uso pelos profissionais de saúde, especialmente quando podem interferir na vida e na morte de pessoas em fase final de vida, devido a uma doença em estágio avançado e irreversível. Antecipar a morte dessas pessoas, prolongar inutilmente sua vida, ou deixá-las morrer no seu tempo, são traduzidos em termos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, respectivamente. Ocupar-nos-emos nesta pesquisa, da eutanásia e do suicídio assistido³ enquanto questões que têm sido objeto de discussões e de defesas a favor ou contra sua legalização, mesmo que em determinadas condições⁴.

Para Barchifontaine (2001, p. 287),

O termo “eutanásia” passou por uma evolução semântica ao longo dos séculos. Seu significado etimológico (do grego *eu*, “boa”, e *thanatos*, “morte”) é morte boa, sem dores e angústias. Esse era o significado do termo para o estoicismo, que aceitava que o sábio podia e devia assumir sua própria morte quando a vida não tivesse mais sentido para ele. Essa era a postura de Sêneca.

Na Grécia Antiga, tratava-se certamente da opção que a comunidade dispunha para minimizar sofrimentos e promover a “boa morte” – diante dos escassos recursos tecnológicos e científicos disponíveis para curar doenças. Entretanto, pelo fato de a ciência nunca ter descoberto a cura para todas as doenças e o ser humano continuar mortal, fez-se necessário, na atualidade, a retomada da discussão e delimitação da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido. Além de que, com os avanços no campo da saúde, a vida de uma pessoa acometida por uma doença pode ser

³ Materstvedt *et al.* (2003) definem o suicídio assistido como: “o médico intencionalmente ajuda uma pessoa a cometer suicídio, fornecendo-lhe drogas para autoadministração, diante de uma solicitação voluntária e competente dessa pessoa” e a eutanásia como: “um médico intencionalmente mata uma pessoa pela administração de drogas, diante de uma solicitação voluntária e competente dessa pessoa”. Certamente são conceitos baseados em legislações de eutanásia e suicídio assistido que delegam ao médico tal prática.

⁴ O Código Penal Brasileiro atual não fala em eutanásia explicitamente, mas em “homicídio privilegiado” (NETO, 2012).

prolongada em quantidade, independentemente de sua qualidade ou até mesmo da vontade ou não de se vivê-la.

Quando falamos em prolongar a vida, é possível questionar os critérios utilizados nas unidades de terapia intensiva (UTI) as quais dispõem das mais sofisticadas “tecnologias duras” que podem manter “viva” uma pessoa doente. O desenvolvimento das UTI movimentou, novamente, o debate sobre a eutanásia, que se manteve, inicialmente, como sinônimo de “desligar os aparelhos”⁵ para deixar que a pessoa acometida por uma doença sem possibilidade de cura e em condições sofríveis tenha a plenitude de sua morte. Entretanto, vêm se desenvolvendo no Brasil, mais recentemente, a antiga modalidade assistencial para pessoas acometidas por uma doença degenerativa e em fim de vida, conhecida como cuidados paliativos. É exatamente nesta modalidade de assistência, que a questão da eutanásia se apresenta com maior frequência, seja porque é vista por muitos como uma alternativa aos pedidos de eutanásia que legalmente não podem ser atendidos, seja pelos limites tênues entre muitas ações dos cuidados paliativos – tais como, a sedação paliativa – e a prática da eutanásia. Em virtude disso, constatamos previamente que os cuidados paliativos estão presentes nos discursos políticos, ora como uma modalidade de assistência que poderia admitir a eutanásia, ora como alternativa assistencial à prática da eutanásia⁶. Preocupam-nos, portanto, os valores e os princípios éticos que fundamentam tais discursos e que podem se transformar em normas legais e morais.

De fato, o limiar entre a vida e a morte de uma pessoa acometida por uma doença em estágio avançado e em fase final de vida, possui as suas indagações e questionamentos perante as quais os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com questões éticas relacionadas com o final da vida humana, bem como realizarem cuidado integral, voltado ao processo de morrer e a morte. É com esta

⁵ Não por acaso, o primeiro projeto de lei sobre eutanásia, no Brasil, o PL nº 4.662/81, trazia na sua ementa o seguinte: “permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares e dá outras providências” (BRASIL, 1981).

⁶ Importante destacar que Pessini (2010) ao analisar a experiência belga a respeito da introdução, no sistema de saúde, do procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia a partir de pacientes competentes e em fase final de vida, concluiu que a proposta de cuidados paliativos torna irrelevantes e desnecessárias muitas das solicitações, persistentes, de eutanásia.

finalidade que se estão desenvolvendo os cuidados paliativos; que em 2002 foram redefinidos pela Organização Mundial da Saúde como

Uma abordagem que busca aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas associados às doenças, com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 5).

Portanto, os objetivos dos cuidados paliativos se movimentam à pessoa acometida pela doença, trazendo-a no conforto de sua concepção de vida e promovendo uma qualidade de vida satisfatória do seu ponto de vista com a participação de sua família. A propósito, essa compreensão vem ao encontro da integralidade da assistência em saúde, ou seja, uma assistência guiada pela autonomia da pessoa doente e seus familiares. Em outros termos, podemos afirmar que ao direito de se ter assistência adequada na finitude da vida acrescentou-se, mediante os cuidados paliativos, o direito humano de se viver os últimos tempos de vida com qualidade e, portanto, de se morrer com dignidade. Nesta direção, partindo da concepção que o ser humano em fim de vida possui o “direito de morrer com dignidade” é que a bioética contemporânea tem debatido duramente (TABOADA, 2016).

Do ponto de vista de Minayo (2013, p. 2484), no processo de morrer e na morte, temos a “(...) realidade mais insofismável do ser humano. Portanto, morrer com dignidade, assistido corretamente em todas as instâncias do [Sistema Único de Saúde] SUS é tão importante como receber os cuidados necessários para preservar a saúde e prosseguir na jornada sempre finita e provisória”. Neste âmbito, trazemos à tona uma discussão que tem ocasionado muitos embates na sociedade, pois, nem sempre conseguimos propiciar o alívio do sofrimento para favorecer a morte com dignidade, requerida pela pessoa doente ou familiares mediante os cuidados paliativos. De forma que temos os pedidos explícitos de eutanásia pelas pessoas acometidas por doença avançada e em fase final de vida com a busca de um pedido para pôr fim ao sofrimento, através da morte. Assim se caracterizam, quando são pedidos conscientes e que se repetem por certo tempo, com argumentações fundamentadas em valores intrínsecos e vivências, onde a própria pessoa considera a vida insuportável e expressa de forma nítida e responsável que a degradação física

do seu corpo bem como, psíquica e espiritual, tenham ocasionado já uma morte em vida, sem dignidade e sentido de existência.

Em Scheler (2012, p. 43) vamos encontrar o seguinte esclarecimento.

Não é necessário que estas unidades sejam abarcadas e apreendidas de um ato do vivenciar. Muito mais naturalmente pode pertencer às partes de tal unidade artificiosa, grande variedade de atos de vivência. Assim, aproximadamente, pertencem ao conjunto das sensações apreendidas simultaneamente, das quais eu tenho consciência, unidades fundamentalmente diversas (por exemplo: a percepção do papel que utilizo para escrever, do estar sentado sobre a minha cadeira, da vivência que eu tenho neste quarto, da vivência dos meus escritos). Não obstante, tanto posso compreender estas unidades por complexos como analisar estes complexos por partes.

Nesta perspectiva, consideramos que uma análise de fatos intrínsecos às vivências humanas e relacionadas às doenças crônicas degenerativas, juntamente, com dores insuportáveis e o ato da eutanásia voluntária ativa, bem como do suicídio assistido precisam sempre incluir uma compreensão da hierarquia de valores e suas moralidades para que os problemas éticos vivenciados em cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida, tenham um processo de deliberação, buscando soluções razoáveis e prudentes a cada situação apresentada no cotidiano.

Por um lado, o desenvolvimento desta modalidade de cuidado evidencia cada vez mais as situações em que a eutanásia, de algum modo, implícita ou explicitamente, vem à tona. Por outro lado, tem levado muitos países a legislarem e delimitarem as situações e condições na qual a eutanásia voluntária ativa se torna uma prática de cuidado em detrimento ou não dos cuidados paliativos. No caso da Bélgica, por exemplo, segundo Pessini (2010, p. 549) os cuidados paliativos funcionam como um “procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia a partir de pacientes competentes e em fase final de vida”. Sendo assim, o cuidado em fim de vida exige reflexão ética para que as situações extremas possam ser analisadas e deliberadas; pois, não podemos ignorar diante do respeito à autonomia de uma pessoa, seu direito à vida – como princípio constitucional brasileiro (BRASIL, 2020) – e o reconhecimento de sua morte em condições dignas. Taboada (2000, p. 93) explicita que,

Muitos dos autores que defendem o direito a uma ‘morte digna’, entendem que este inclui o direito de dispor da própria vida mediante a eutanásia ou o suicídio assistido, baseando-se no respeito à liberdade individual e autonomia do paciente. Afirma-se assim, que nada teria o direito de impor a obrigação de seguir vivendo a uma pessoa que, em razão de sofrimento extremo, já não o deseja.

Inclusive, nos países em que a prática da eutanásia voluntária ativa foi estabelecida com requisitos legais para uma prática cuidadosa, a pessoa acometida por uma doença degenerativa e em estágio avançado – diante do sofrimento insuportável e incontrolável – possui assegurado o seu processo de tomada de decisão no fim de seu ciclo de vida, sendo a eutanásia voluntária ativa uma alternativa, mas não um direito absoluto que implicaria, sob quaisquer circunstâncias, que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) seriam obrigados a cumprir com o pedido da pessoa que sofre, isto é, de praticar o ato ou lhe fornecer os meios para tal, no caso do suicídio assistido.

A propósito, Van Der Heide *et al.* (2007) ao descreverem em um estudo de acompanhamento sobre eutanásia voluntária ativa, suicídio assistido e outras práticas de fim de vida na Holanda, no período de 2005, constataram que 1,7% de todas as mortes decorreram do ato eutanásico e 0,1% como resultado de suicídio assistido; sendo esses percentuais, significativamente, inferiores aos de 2001 (antes da legislação) quando 2,6% de todas as mortes resultaram de eutanásia e 0,2% de suicídio assistido. Certamente, se avalia a aprovação da lei holandesa no ano de 2002 e a sua trajetória até o período histórico – com o desenvolvimento de pesquisas em larga escala em 1990, 1995 e 2001, no país – bem como o reconhecimento dos próprios autores no planejamento desse estudo, realizado em 2005, através de uma continuidade na metodologia adotada para a coleta e análise dos referidos dados ao processo comparativo. Inclusive, os autores da pesquisa relatam que se legalizou de maneira oficial a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido no ano de 2002; porém, na prática o ato já se realizava no exercício da profissão, “desde que as ações fossem consistentes com os padrões de conduta” da época (VAN DER HEIDE *et al.* 2007, p. 1959).

Dito isso, ponderamos que a prática da eutanásia voluntária ativa – enquanto ato intencional para finalizar com os sofrimentos insuportáveis, do ponto de vista e

percepção da pessoa que se expressa – ao seguir critérios legais, rigorosamente, definidos e delimitados em determinadas circunstâncias ou condições, se delineia em um processo deliberativo que restitui à pessoa enferma a capacidade de decidir em sociedade. Mesmo que o médico seja o profissional delegado para praticar o ato, salvo sua objeção de consciência, ocorre um retorno para a liberdade e responsabilidade de cada ser humano envolvido na situação e o campo da saúde se expande para as controvérsias e debates entre as opiniões de alguns médicos que consideravam a eutanásia voluntária ativa “(...) como um acordo privado entre o médico e o paciente” (VAN DER HEIDE *et al.* 2007, p. 1961).

Com efeito, a intenção e a concretização do ato apesar de derivarem da relação da pessoa acometida por uma doença que a solicita e o profissional de saúde (médico) que se dispõe a realizá-la, nos países onde a eutanásia voluntária ativa é descriminalizada e possuem os seus limites regulado por lei, se define em um ato público, no sentido de que é controlado pelo Estado através de critérios previamente estabelecidos (HOLANDA, 2017a; BÉLGICA, 2002).

Dessa maneira, a eutanásia voluntária ativa pode ser vista como a mais alta expressão da autonomia para se escolher morrer com dignidade ao se evocar o princípio kantiano do “ser humano como fim em si mesmo”. Para Gracia (1998, p. 290, grifos do autor), “Kant criou uma expressão ontológica, o ‘fim em si mesmo’. Os seres humanos são fim em si mesmo e não meios já que são sujeitos de dignidade e não de preço”. Nesta perspectiva, as discussões sobre eutanásia voluntária ativa e suicídio assistido se mantêm na força de vitalidade e liberdade do ser humano, que se expressa inerente à dignidade humana que, por sua vez, se estrutura no fundamento do reconhecimento destas práticas, pois se refere ao direito de viver e de morrer com dignidade.

Ao passo que o princípio da dignidade humana se fundamenta

Na própria natureza da espécie humana, a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projeto de autorrealização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e **não instrumentalização da pessoa**. Essa autorrealização pessoal, que seria o objeto e a razão da dignidade, só é possível mediante a

solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie (BARCHIFONTAINE, 2010, p. 284, grifo nosso).

Assim, para Caldeira (2003, p. 365) “a presença humana no mundo não é unicamente uma consequência da natureza, mas uma práxis que a determina e transforma. O ser humano transforma e ao transformar cria o mundo em que vive e se transforma e recria a si mesmo.” Por sua vez, a solidariedade entre os seres humanos é uma condição de atividade humana para a construção de relações interpessoais, sendo a noção de apreensão da realidade e realidade fundamentais para compreender as diversas moralidades construídas e absorvidas no mundo.

Tejana no prefácio a obra *Inteligência e Realidade* de Zubiri (2011, p. XxiX) evidencia que “começar pelo fato fundamental da experiência, de que estamos instalados na realidade, não importa quão modestamente, e de que nossas experiências mais básicas, aquilo que percebemos do mundo (cores, sons, pessoas, etc.) são reais” transcende para a noção das terminologias realidade, real e ser, pois a existência é um momento da realidade que “concerne sempre e somente ao conteúdo do apreendido” (ZUBIRI, 2011, p.140) e a “realidade em que o apreendido consiste ‘de seu’ é impressivamente apreendida em seu próprio caráter de realidade, sendo a inteligência uma mera atualização do real em sua própria e formal realidade ou realidade” (ZUBIRI, 2011, p.125).

Dessa forma, para conhecer os seres humanos necessariamente é preciso distinguir os critérios de valoração que eles buscam satisfazer em face das situações da vida e para Hessen (1980, p. 37, grifo do autor) “quando pronunciamos a palavra ‘valor’ podemos com ela querer significar três coisas distintas: a vivência de um valor; a qualidade de valor de uma coisa; ou a própria ideia de valor em si mesma.” Todavia, é preciso esclarecer que a vivência dos valores são fatos em que se verifica a presença de uma apreensão primordial com *logos* e razão, em que a apreensão impressiva da realidade desperta entre o sentir e a realidade atualizada um processo dinâmico na afecção das ideias de valores, ora estético, religioso e ético, por exemplo.

Em outras palavras, a vivência dos valores não constitui toda a sua composição; pois, em um determinado processo de vida é possível conciliar a morte tanto em uma etapa do ciclo vital com harmonia e serenidade que prevalece em detrimento do sofrimento ou sacrifício como, existe a possibilidade da morte não ser aceita por um grupo de pessoas e ser um sacrilégio aceitá-la. Por sua vez, ambos os exemplos podem estar trazendo valores éticos, estéticos e religiosos com diferentes

intensidades em suas qualidades sensíveis e que acentuam ou embotam o sentido de uma boa morte para os seus valores espirituais.

Para Scheler (2017, p.62), “na medida em que a própria morte é dada e na medida em que o homem não somente sabe e ajuíza que vai morrer, mas vive diante da morte” se desenvolve um “amadurecimento da própria vida espiritual e que é próprio dos atos espirituais, para lá da vida que se encontra cada vez mais próxima da morte”, que possibilita um avanço nos modos de valorar e compreender a apreensão da realidade.

Nesta perspectiva, embora muitos autores façam distintas classificações de tipos de eutanásia, buscamos sempre considerar que o ato a ser praticado, de acordo com Gracia (2010, p. 467), “consiste sempre em uma ação realizada no corpo de outra pessoa com a intenção direta de pôr fim à sua vida”. Se por um lado, a eutanásia é sempre e somente ativa. Por outro lado, o autor destaca que não exclui a possibilidade da eutanásia em casos “exceções”, pois para ele, não existem regras morais absolutas, isto é, regras ou normas que não admitam exceções (GRACIA, 2010).

A partir desse pressuposto, a eutanásia voluntária ativa jamais pode ser considerada uma regra nos modelos de atenção à saúde, e não pode ser usada como pretexto para se dispensar a prestação da assistência aprimorada às pessoas doentes em fim de vida. Há que primeiro satisfazer a garantia da assistência em fim de vida, isto é “a morte assistida com o devido cuidado” mediante os cuidados paliativos; pois, a norma tem de ser o “respeito à vida” e, não por acaso, “a melhoria da assistência nas fases finais da vida se converteu no objetivo fundamental” (GRACIA, 2010, p. 467). Nesse aspecto, pondera-se a necessidade de uma abordagem coletiva na tentativa de solucionar as cacotanásias para então “impedir que muitas doenças levem à conclusão do ciclo vital em condições de assistências, afetividade e estado mental que possam, inevitavelmente, causar morte dolorosa e plena de angústia” (BERLINGUER, 1993, p.87).

Todavia, diante da dificuldade de se controlar o avanço de doenças crônicas como o câncer e as neurodegenerativas (Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA), por exemplo, é fundamental a transformação das condições de assistência às pessoas no sentido de minimizar os sofrimentos diante da morte, o que requer integralidade e universalização dos cuidados paliativos, incluindo uma nítida clareza entre práticas de fim de vida. No âmbito dos cuidados paliativos como direito humano, se conseguirmos respeitar os modos de apreender a realidade atualizada nas pessoas obter-se-á novas

conexões com sensibilidade ética e política, em que a inseparabilidade da sensibilidade e do intelecto na razão humana, ocasiona mudanças da vida cotidiana e social e, particularmente, no campo dos cuidados paliativos, ao se inserir o mundo dos valores, seja ético e/ou morais no cotidiano da assistência. Isto é, um modo de cuidar embasado em reflexões éticas que se transformam em ações concretas e que impactam nos modelos assistenciais, acarretando transformações nas redes de assistência. Somente assim a assistência qualificada em fim de vida poderia se transformar em regra e, eventualmente, a eutanásia voluntária ativa (legislada) em exceção. Pois, como afirma Gracia (2010, p. 535), “se os cuidados paliativos são importantes, os são por si mesmos e não como meio para evitar a eutanásia”. Desse modo, faria sentido o (almejado) filtro paliativo à eutanásia, descrito por Pessini (2010) com base na experiência da Bélgica.

Enfatizamos que, concomitante ao aumento do acesso aos cuidados paliativos e seu aprimoramento, torna-se latente a necessidade de se discutir a prática da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido com conhecimento ético e axiológico bem como, a apreensão de tais conhecimentos pelos profissionais de saúde, especialmente, aqueles que atuam em cuidados em fim de vida. Dito noutros termos, é essencial a reflexão ética a partir dos fatos, dos valores e dos deveres que envolvem as práticas de fim de vida, tais como a sedação paliativa, a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido, não apenas pelos profissionais de saúde – diretamente relacionados à questão – mas por toda a sociedade e, particularmente, pelos representantes políticos, haja vista que o debate deve ser canalizado para definições legais sobre tais práticas e não simplesmente sua criminalização, como vem ocorrendo no Brasil⁷. Isso porque, de acordo com Materstvedt *et al.* (2003), a eutanásia e o suicídio assistido são duas das questões éticas e morais mais complexas e desafiadoras no campo dos cuidados em saúde, atualmente.

A partir dessa constatação é necessário destacar que no atual espaço temporal em que se vivencia e se experimenta diversas mudanças sociais, tecnológicas, científicas, culturais e, conseqüentemente, interpessoais temos o desenvolvimento do espírito humano na efetividade do Universo como um todo, porém

⁷ O Projeto de Lei do Senado (PLS) 236/2012, que reforma o Código Penal Brasileiro, mantém a eutanásia como crime. Na opinião do relator do Projeto de Lei, “a eutanásia deve ser mantida como crime de homicídio, mantida a ortotanásia como conduta atípica” (BRASIL, 2015).

Esta consciência unificada do mundo e da realidade não deve ser nunca reconduzida a uma mera 'ligação' posterior de cada conteúdo perceptivo isolado, mas constitui o pano de fundo intuitivo de cada percepção, precisamente por isso, cada experiência de vida que fazemos em nós mesmos aparece-nos sobre o pano de fundo de uma unidade vital fechada, temporalmente, pela frente e por detrás e, enquanto tal, presente em cada vivência (SCHELER, 2017, p. 28).

Pode-se dizer que os valores são apreendidos mediante um espaço temporal de realidade na intelecção senciente em que

O sentir humano e o inteligir não só não se opõem, mas constituem em sua unidade intrínseca e formal um só e único ato de apreensão. Esse ato, enquanto senciente, é impressão; enquanto intelectivo, é apreensão de realidade. Portanto, o ato único e unitário de intelecção senciente é impressão de realidade. Inteligir é um modo de sentir, e sentir é, no homem, um modo de inteligir (ZUBIRI, 2011, p.4).

Assim, convém lembrar que ao constatar que tudo o que é considerado portador dos valores está situado em uma ordem temporal e, portanto, podem ser tipificado como mutáveis ou transitórios e efêmeros; porém, essas modificações no suporte dos valores não afetam os valores que não se alteram com a alteração de seus suportes aos quais se manifestam (HESSEN, 1980, p. 59).

Ora, se existe uma diversidade entre a ordem ontológica e a ordem axiológica, então, possíveis legislações sobre o suicídio assistido e eutanásia devem ter como base, o amplo debate social e tanto mais profícuo será o diálogo quanto maior será a reflexão ética e axiológica pelos envolvidos. Além de que, somente assim se poderá garantir uma eventual legislação que tenha tido como guia, no seu processo de construção, a ética e a axiologia, e não o contrário. Por outro lado, legislações que apenas criminalizam a eutanásia e o suicídio assistido, nada mais são que o resultado de uma fundamentação moral que desconsidera o pluralismo moral existente na sociedade. Disso resulta, que tais leis por serem vazias de reflexão ética e axiológica, muitas vezes, se despontam em significados e/ou sentidos ambíguos para as pessoas (acometidas por uma doença e profissionais de saúde) que, constantemente, vivenciam os dissabores dos conflitos éticos cotidianos entorno do cuidado em fim de vida, e que poderiam ser minimizados, alguns evitados e outros sanados se houvesse legislação avançada, no avanço da sociedade.

Materstvedt *et al.* (2003, p. 97), afirmam que “em todo o mundo algumas alterações importantes relativas à eutanásia e ao suicídio assistido vêm correndo”. De

acordo com os autores, no norte da Austrália em 1996, pela primeira vez na história, um governo democrático promulgou uma lei que fez tanto a eutanásia como o suicídio assistido, atos legais sob determinadas condições. Em 1997, o suicídio assistido (mas não a eutanásia) foi legalizado no estado de Oregon (EUA). Em abril de 2001, o parlamento holandês fez as mudanças necessárias no código penal para tornar legal, em certas circunstâncias, a eutanásia e o suicídio assistido. Em 16 de maio de 2002, a Bélgica acompanhou o exemplo Holandês, votando no parlamento a legalização da eutanásia. Apesar de, muitos países europeus, demonstrarem resistência à legalização da eutanásia, há um amplo debate sobre o tema com as associações profissionais representativas de médicos, enfermeiros e outros; bem como as organizações de cuidados paliativos (MATERSTVEDT *et al.*, 2003).

Enquanto isso, no Brasil, a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido nunca foram legislados com as distinções e as suas interfaces de práticas para o fim da vida de um ser humano mediante um ato humano. Apesar dos debates oriundos dos acontecimentos da vida cotidiana nas práticas em fim de vida, os processos legislativos, que se interligam aos temas contêm distintos percursos, no âmbito da democracia representativa, que

(...) derivam diretamente da Constituição Federal. É nela que se define quem está autorizado a apresentar ao Congresso Nacional as propostas e projetos de lei; qual o quórum, ou número mínimo de parlamentares, necessário para aprovar ou rejeitar uma proposta; por qual Casa Legislativa, Câmara ou Senado, deve ser iniciada a tramitação de um projeto; qual o destino daqueles já aprovados numa delas, entre outras” (PACHECO; MENDES, 2018, p.14).

Pode-se dizer que, ao considerar as divergências e convergências nas atribuições e participações de um processo legislativo, foram abordados no Regimento Comum do Congresso Nacional o fluxo de funcionamento de suas Casas Legislativas (Câmara dos Deputados e Senado Federal), através dos artigos 134 e 142, explicitando alguns encaminhamentos importantes.

Art. 134. O projeto de lei, aprovado em uma das Casas do Congresso Nacional, será enviado à outra Casa, em autógrafos assinados pelo respectivo Presidente.

Parágrafo único. O projeto terá uma ementa e será acompanhado de cópia ou publicação de todos os documentos, votos e discursos que o instruíram em sua tramitação.

Art.142. Os projetos elaborados por Comissão Mista serão encaminhados, alternadamente, ao Senado e à Câmara dos Deputados (BRASIL, 2019, p. 27-28).

Inclusive, um prévio levantamento de dados em ambas as Casas Legislativas foram efetivadas para identificar os projetos de lei que permaneceram nas respectivas Casas Legislativas, respeitando o seu regimento interno⁸. Dessa forma, se averiguou de maneira distinta os três sítios⁹, para a investigação de informações direcionadas às práticas em fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos), abarcando os textos referentes às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas que ocorrem no Congresso Nacional, bem como às informações relativas ao exercício das demais atribuições, exercidas pela Câmara dos Deputados e Senado Federal de forma articulada ou privativa através das expressões de busca¹⁰ elencadas e digitadas no campo de busca em cada portal. Em outros termos, se considerou através da Constituição Federal Brasileira, atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020, as informações mencionadas na Seção VII (Das Comissões) que delineiam o Congresso Nacional e as suas Casas através de comissões permanentes e temporárias, sendo “constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação” (BRASIL, 2020, p.40).

Visto que nos regimentos mencionados se denomina proposição legislativa toda a matéria submetida à apreciação da Câmara, do Senado ou do Congresso Nacional se assinalaram as duas espécies, efetivamente, que impulsionam um processo legislativo, “(...) as propostas de emenda à Constituição e os projetos, esses

⁸ Link do Regimento Interno da Câmara dos Deputados: <<https://livraria.camara.leg.br/regimento-interno-21>>. Link do Regimento Interno do Senado Federal: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/regimento-interno#>. Link do Regimento Comum do Congresso Nacional: <<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>.

⁹ O sítio do Congresso Nacional apresenta o conteúdo relativo às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, em que as informações relativas ao exercício das demais atribuições, que são exercidas por suas Casas Legislativas, se encontram em seus respectivos sítios: <www.congresso.leg.br>, <www.senado.leg.br>, <www.camara.leg.br>.

¹⁰ Nos três sítios, inicialmente, se utilizou as seguintes palavras-chave: "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato".

últimos admitindo ainda três subespécies: *de lei, de decreto legislativo e de resolução*” (PACHECO; RICCI, 2017, p. 28, grifos dos autores).

Por sua vez, no âmbito do portal na Câmara dos Deputados¹¹ foram identificados através das expressões de busca mencionadas, anteriormente, um resultado de trinta e cinco Projetos de Lei, um Projeto de Lei Complementar e um Projeto de Decreto Legislativo até o dia 06/09/2020 (Anexo A). Em relação às propostas apresentadas, houve, desde 1981, dezoito projetos de lei¹² referente à eutanásia (alguns versando também sobre o suicídio assistido) que foram apresentados e tramitaram por vários anos; projetos com várias divergências que vão desde a inclusão da eutanásia e/ou o suicídio assistido no rol de “crimes hediondos”¹³ passando pela permissão da “eutanásia em situações específicas”¹⁴, bem como a proposta de “convocação de plebiscito sobre eutanásia”¹⁵ por Decreto Legislativo, entre outros. Não menos importante, dezesseis projetos de lei trouxeram as expressões direcionadas aos cuidados paliativos, desde o escopo de estabelecer o Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos¹⁶ até a elaboração de uma regulamentação para a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro¹⁷. Neste percurso, distinções morais se tornaram mais evidentes; pois, discorreram textos também direcionados a proibir a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente¹⁸, bem como a necessidade de implementação dos cuidados, considerados adequados, aos pacientes que se apresentam em fase terminal de

¹¹ Link com conteúdo explicativo relacionado ao processo legislativo:
<<https://www.camara.leg.br/entenda-o-processo-legislativo/>>.

¹² Há uma nota no sítio de busca da Câmara dos Deputados, advertindo que “as informações anteriores a 2001, ano de implantação do sistema e-Câmara, podem estar incompletas”. Diante desta ressalva, salientamos que a busca inicial que fizemos, com o intuito de definir a amostra de pesquisa, referiu-se ao conteúdo disponível *online*.

¹³ Projeto de lei nº 3207/2008. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=389698>>.

¹⁴ Projeto de lei nº 1989/1991. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=198488>>.

¹⁵ Projeto de Decreto Legislativo nº 244/1993. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=168433>>.

¹⁶ Projeto de lei nº 6382/2002. Disponível em:<
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=47056>>.

¹⁷ Projeto de lei nº 3002/2008. Disponível em: <
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=386610>>.

¹⁸ Projeto de lei nº 5008/2009. Disponível em:
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=429346>>.

enfermidade¹⁹. Além disso, foi possível constatar as construções textuais com abordagem nos direitos dos pacientes²⁰, ao consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida²¹ e, também, ao Estatuto da Pessoa com Câncer²².

Em relação ao portal do Senado Federal (Anexo B) se averiguou dezesseis projetos de lei de autoria dos senadores, um projeto de lei da Câmara dos Deputados e um projeto de lei de conversão, em que as expressões de busca utilizadas proporcionaram o acesso aos registros a partir de 1996 com a caracterização de terminologias específicas, tais como ortotanásia, morte digna, obstinação terapêutica, distanásia, eutanásia, entre outras. Tanto os textos elaborados e modificados com o passar dos anos demonstraram a presença concreta de informações relacionadas à temática pelos congressistas, como tornaram elucidáveis os seus conflitos de valores.

Ainda que o detalhamento de cada processo legislativo distingue as variáveis que o compõe e o definem, treze projetos de lei ressaltaram uma necessidade de delimitar os cuidados paliativos em prática para o fim de vida com os seus devidos recursos, ou seja, a sedação paliativa. Nesse contexto, se observou inúmeros argumentos contrários a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido, a partir de valores religiosos, jurídicos, morais e éticos. Em síntese, houve uma preocupação com a exclusão da ilicitude à ortotanásia²³, que altera o Código Penal no Brasil; o estabelecimento do Estatuto do Enfermo²⁴; dos direitos da pessoa em fase terminal de doença²⁵; das diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde²⁶ e a

¹⁹ Projeto de lei nº 6544/2009. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=462837>>.

²⁰ Projeto de lei nº 5559/2016. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2087978>>.

²¹ Projeto de lei nº 352/2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2190904>>.

²² Projeto de lei nº 1605/2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2194646>>.

²³ Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>>.

²⁴ Projeto de Lei do Senado nº 103, de 2005. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/73098>>.

²⁵ Projeto de Lei do Senado nº 524, de 2009. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/94323>>.

²⁶ Projeto de Lei do Senado nº 149, de 2018. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>>.

regulamentação da prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional²⁷.

No entanto, dois projetos de lei trouxeram informações importantes relacionadas a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido para a composição de requisitos legais as suas práticas de fim de vida. Em relação ao Projeto de Lei do Senado n° 236 (2012, p.197)²⁸, o Presidente da Mesa no Senado Federal, ao receber o anteprojeto dos juristas, curiosamente, já se expressou contrário a abordagem desses assuntos, alegando que “(...), respectivamente, dos temas da eutanásia, das causas de exclusão de crime nos tipos de aborto e da exclusão de crime por uma questão de consciência e religião não embasam o meu [seu] ponto de vista (...)”. Se por um lado, por mais que as delimitações das práticas nos cuidados em fim de vida, necessariamente, contém uma diversidade de valores e experiências, algumas opiniões, por vezes, se interpõem sem considerá-las no movimento dinâmico de uma realidade concreta. Por outro lado, alguns senadores admitiram o pluralismo moral em sociedade e se propuseram a abordagem das práticas em fim de vida²⁹.

Sr. Presidente, Sr.^{as} e Srs. Senadores, traz-me à tribuna desta Casa um assunto importante e, de certa forma, bastante polêmico, já que confronta com alguns dogmas e valores muito arraigados na sociedade, principalmente, nos segmentos religiosos. Enquanto Deputado Federal, apresentei um projeto de lei e o estou reapresentando neste momento. Esse projeto autoriza a prática da morte sem dor, nos casos em que especifica e dá outras providências: a eutanásia (BRASIL, 1996, p. 8420).

Dentre as matérias, observamos não apenas a diversidade na hierarquia de valores e princípios éticos sobre as práticas em fim de vida, entre os proponentes e, por conseguinte na sociedade brasileira, mas também a forma ou disposição de se discutir ou não a questão. Contudo, admitimos que os textos demonstraram que se obteve, nesse período, uma abordagem em relação a eutanásia e o suicídio assistido

²⁷ Projeto de Lei do Senado n° 883, de 2020. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141187>>.

²⁸ Projeto de Lei do Senado n° 236, de 2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>.

²⁹ Projeto de Lei do Senado n° 125, de 1996. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/7280?sequencia=31&sequenciaFinal=40#search=DSF-90-1996.%20>>.

que, às vezes, suscitaram audiências públicas, seminários, pronunciamentos, entre outros.

Ao passo que Carneiro, Santos e Netto (2019, p. 45) caracterizaram que “cada uma dessas Casas é, de maneira singular, dotada de autonomia política e orçamentária e detém, dentre outras, competência privativa para dispor sobre sua organização e funcionamento” se averiguou também as atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, disponibilizadas no portal do Congresso Nacional, compondo o Poder Legislativo Federal.

Com isso, identificamos – sob a ótica do Regimento Comum – que no portal do Congresso Nacional foi apresentado, a partir das expressões de busca, 136 textos no Senado Federal, 91 na Câmara dos Deputados e 49 no Congresso Nacional; distribuídos em sessões e reuniões, matérias legislativas, legislação e publicações (Anexo C). Em seguida, se averiguou através de uma classificação estabelecida anualmente, a presença de todos os projetos de lei que tramitaram no sistema bicameral (anteriormente, mencionado) bem como alguns dos seus requerimentos, solicitações de auditoria e inquéritos em hospitais sobre suspeita de prática de eutanásia, proposições de plebiscito e audiência pública, discursos em plenária relativos à temática, entre outros (Anexo D). Nesta direção, se tornou evidente as diferentes atribuições aos três órgãos diretores (Mesa do Congresso Nacional, Mesa da Câmara dos Deputados e Mesa do Senado Federal) nos específicos processos legislativos, onde se evidenciou o funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas citadas pelas palavras-chave.

Diante desta breve contextualização da temática, o delineamento da questão de pesquisa permaneceu nas características fundamentais entre estrutura e hierarquia de valores na ordem dos valores e a sua ligação com a ordem dos seres; pois, a atuação do Poder Legislativo Brasileiro, na esfera federal, possui a própria conjuntura interligada também aos grupos sociais e se constitui, por assim dizer, em ações refletidas aos cidadãos que nela se constituem e desenvolvem a sua personalidade. Logo, a complexidade que envolve as práticas em fim de vida perpassa nos fundamentos morais expressos em cada projeto de lei apresentado ao Congresso Nacional Brasileiro relacionado ao ato eutanásico, ao suicídio assistido, bem como aos cuidados paliativos com o recurso de sedação paliativa.

É importante destacar que partimos do pressuposto que as fundamentações morais e os princípios éticos envolvidos no debate, e, conseqüentemente na

sociedade em geral, possuem um descompasso com o avanço técnico-científico e bioético no campo da saúde, pois

Em razão dos progressos da biomedicina celular e da tecnologia deles decorrente, a morte se transformou numa espécie de fronteira deslocável, termo prorrogável por um tempo, em tese, indeterminado, em todo caso, uma espécie de disfunção orgânica, em princípio tratável, quase um limiar de extensão indefinida, com o que nos aproximamos decididamente, de modo ao menos hipoteticamente plausível, da representação segundo a qual a moderna tecnologia biomédica teria brindado a humanidade com o presente da imortalidade virtual (GIACCOIA JÚNIOR, 2017, p. 201).

Dessa forma, se compreendermos a partir de Zubiri (2011, p.208, grifo do autor) que “a vida humana é vida na ‘realidade’, portanto algo determinado pela própria intelecção”, bem como “inteligir é mera atualidade impressiva do real, mera atualidade do real na inteligência senciente”, se distinguindo uma diversidade de modos de impressão de realidade em que o sentir humano em sua estrutura formal apreende a formalidade de realidade em sua afecção real e força de imposição da realidade para uma alteridade de realidade, oportunamente, se torna identificável nessa estrutura da inteligência e realidade – um movimento dinâmico – que ao assegurar diferentes realidades para serem respeitadas mediante fatos e valores em um espaço histórico-temporal, bem como os deveres a partir do dever-ser com a ética da responsabilidade se aproxima em possíveis respostas e soluções à prática da eutanásia e do suicídio assistido, que dizem respeito, sobretudo ao campo da saúde. Efetivamente, ao se considerar uma diversidade na impressão de realidade dos seres humanos que se atualiza em um processo dinâmico no ato de intelecção senciente, necessariamente, se torna imprescindível à contextualização e deliberação de processos de vida direcionados ao ato eutanásico e/ ou auxílio ao suicídio.

1.1. Justificativa da importância e motivação do estudo

A pesquisa e o debate sobre a temática têm como motivação principal, a trajetória profissional e pessoal construída e transformada no espaço temporal em que atuo e me movimento no cotidiano, isto é, nas atividades humanas entre a vivência e a experiência na área de cuidados paliativos oncológicos no Brasil e na Itália.

Além disso, as questões bioéticas perpassaram minha vida e formação acadêmica, cuja dissertação levou-me a uma abordagem *axiológica* ou mais precisamente às contribuições ao estudo dos valores realizado por Diego Gracia. Na ocasião, a abordagem realizada relacionava os valores que permeiam o processo de discussão e decisão sobre a sedação paliativa nos cuidados paliativos oncológicos. Apreendemos através da aproximação do método “hermenêutico dialético” operacionalizado por Minayo (2010), que os valores envolvidos permaneciam, muitas vezes, nas entrelinhas dos dados de entrevista. Tendo como pressuposto, que “os valores estão ancorados nos fatos” (GRACIA, 2010), delineamos a pesquisa de modo a constatar, a partir das falas dos entrevistados, a necessidade de se distinguir a prática de sedação paliativa da eutanásia, visto que no *senso comum*, muitas vezes, se confundem e os profissionais precisam esclarecer do que se trata o pedido da pessoa doente ou familiar, se eutanásia ou sedação paliativa e, nesse caso, esclarecer o que se pode oferecer. Tratou-se assim, de uma pesquisa em nível micro que buscava evidenciar os fatos, valores e deveres envolvidos nas decisões éticas. Disso decorreu nosso interesse em buscar compreender, em nível macro, as situações em que os valores e deveres proporcionam discussões sobre eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos.

Por conseguinte, a escolha do tema e objeto de pesquisa deu-se em função da importância em se compreender tais fundamentações éticas que estão permeando o debate sobre a temática na sociedade brasileira, que repercutem no cotidiano das instituições, das relações, das práticas de saúde e na vida nas pessoas que estão em fase final de vida e com um sofrimento insuportável.

Pensamos que nos resultados da pesquisa, temos evidências científicas que podem servir de suporte e reflexão ética para a compreensão das práticas em fim de vida nos cuidados paliativos e na eutanásia/suicídio assistido bem como, servir de fundamento para se impedir que muitas doenças continuem sendo o elemento principal da vida humana, ocasionando à conclusão do ciclo vital repleto de angústias e morte dolorosa. Para tanto, acreditamos nos cuidados paliativos, acessível a todos, constituindo como “regra”; mas sem deixar de considerar a eutanásia (ou o suicídio assistido) como “exceção” ou como alternativa às pessoas doentes em fim de vida, em situações específicas de sofrimento e dor incontroláveis.

Não há dúvida que, na atualidade, são necessárias mudanças sociais e legais para abordar a eutanásia e o suicídio assistido como procedimentos, que possam

ocasionar a uma pessoa uma morte digna, em situações específicas. Assim, faz-se necessária a elaboração, por um lado, de legislação específica em relação à prática da eutanásia e do suicídio assistido, por outro lado, políticas públicas para os cuidados paliativos.

E, neste conjunto de abordagem Berlinguer (1996, p.53) esclarece que a complexidade objetiva, proveniente da articulação entre fatores pessoais, ambiente natural e os sociais, contém a interpretação de suas conexões sempre “influenciada pelos conhecimentos científicos, tendências culturais e valores éticos”. Se por um lado, “os problemas éticos consistem sempre em conflitos de valores, e os valores têm como suporte necessário os fatos” (GRACIA, 2001, p. 20), por outro, os fatos que lhe dão suporte (no qual os valores se apoiam) têm de estar elucidados para que se possa construir um processo de deliberação moral com soluções razoáveis e prudentes em uma tomada de decisão clínica.

Por conseguinte, o que gostaríamos de evidenciar com o presente estudo, é que a descriminalização ou a legalização só serão possíveis, primeiramente, se houver debate com reflexão ética e profundo conhecimento dos valores envolvidos. Como diz Gracia (2010, p. 511, grifo do autor),

Os valores constituem uma dimensão fundamental e irrenunciável de nossas vidas. O que o ser humano faz com a natureza é submetê-la a um processo de valorar. Nisso consiste a cultura, que é por necessidade histórica. Daí que os valores culturais sejam também históricos, razão pela qual podem se modificar com o passar do tempo, encontrando-se ou não dotados de ‘vigência’.

A condição cultural e histórica dos valores aponta que eles podem ser constantemente apreendidos a fim de torná-los condizentes com a humanidade em determinado período e cultura. Não obstante, a ética é fundamental para a compreensão das diversas concepções de mundo e suas relações entre os valores “vigentes” através das possíveis conexões convergentes e divergentes entre valores espirituais e vitais, entre Espírito e Vida, por exemplo.

Em síntese, acreditamos que a proposta de pesquisa se justifica pela importância da temática para a vida das pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e irreversível. Os problemas vivenciados pelas pessoas se referem muitas vezes a situações-limite ou de fronteira, mas que nestes espaços passam a ser parte do cotidiano das práticas de saúde, procurando considerar os

acontecimentos da vida das pessoas e suas moralidades. Com uma abordagem teórica e prática que incluem métodos e técnicas de coleta bem como uma análise de dados que entrelaça uma interface com os referenciais teóricos, Giovanni Berlinguer na Bioética Cotidiana (BERLINGUER, 2010) e as contribuições do bioeticista Diego Gracia na Bioética Aplicada à Clínica (GRACIA, 2010), bem como na Bioética da Responsabilidade.

Nessa perspectiva, esperamos ter proporcionado contribuições para o avanço do conhecimento teórico e prático relacionado à temática, pois a experiência da morte é “um elemento constante de qualquer experiência de vida, há, todavia, uma grande amplitude de variações quanto ao grau de clareza e nitidez que a ideia da morte tem para os homens e quanto ao grau de interesse e atenção que dedicam a este assunto” (SCHELER, 2017, p.33), se caracterizando como relevante para a linha de pesquisa bioética e saúde coletiva.

Certamente, não podemos deixar de assinalar que a construção da questão de pesquisa, necessariamente, teve uma etapa inicial seguida e preenchida pela sua reconstrução – a partir dos acontecimentos históricos, bem como dos avanços e retrocessos de fundamentações éticas e morais – que perfazem a sua própria compreensão como problema na realidade atual. Assim, primeiramente, apresentamos os objetivos – geral e específicos – para a sistematização da pesquisa e, em seguida, fizemos essa reconstrução, evidenciando o processo histórico do cuidados paliativos na América Latina – principalmente no Brasil – e as legislações em vigência, nos países ocidentais, sobre a eutanásia e o suicídio assistido para pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado. Após esse enlace de acontecimentos, a abordagem se expandiu aos fundamentos filosóficos pertinentes as práticas em fim de vida, pois no arranjo dos fatos históricos e correntes éticas se buscou resgatar o conhecimento procedente do contexto.

1.2. Objetivos

A respeito da elaboração dos objetivos – geral e específicos – para o delineamento da pesquisa se ponderou a estrutura dinâmica da realidade em que a temática se insere no espaço temporal, considerando a noção de inteligência senciente definida por Xavier Zubiri (2011). Não obstante, a pertinência dos

referenciais teóricos está estabelecida em Giovanni Berlinguer através da Bioética Cotidiana (BERLINGUER, 2010) e Diego Gracia na Bioética da Responsabilidade (POSE, 2011; GRACIA, 2010) para o movimento dialógico entre as questões éticas identificadas na menção do ato eutanásico, o suicídio assistido e os cuidados paliativos.

1.2.1. Objetivo Geral

Compreender as questões éticas e morais que perpassam as práticas dos cuidados em fim de vida no ato eutanásico, no suicídio assistido e nos cuidados paliativos, a partir dos projetos de lei apresentados no Poder Legislativo Federal Brasileiro.

1.2.2. Objetivos Específicos

1) Ilustrar o panorama do debate, na esfera federal, do legislativo brasileiro através dos projetos de lei, considerando as suas proposições com ponderações de aspectos importantes das legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade;

2) Investigar os problemas morais implicados no debate, na esfera federal, do legislativo brasileiro sobre a temática;

3) Identificar e analisar aos fundamentos morais no debate do legislativo federal brasileiro, a partir dos valores implicados e as concepções de sistemas morais.

2. CONTEXTUALIZAÇÕES DO PROCESSO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A origem dos cuidados paliativos, certamente não com o conceito que conhecemos atualmente, é muito antiga, assim como a procedência da palavra *hospice*³⁰.

Para Pessini (2007) como em Silva e Silva (2013), averiguamos que a prática dos cuidados paliativos, na época conhecida apenas como *hospice*, começou na Roma Antiga, por volta do ano 400 d.C., pela iniciativa de Fabíola, discípula de Jerônimo que ao construir o primeiro hospital na modalidade *hospice*, este tinha por finalidade praticar as obras de misericórdia atendendo aos peregrinos, atuando na linha de hospitalidade, proteção, na acepção da palavra *hospice*. Atendia aos peregrinos e eram coordenados por religiosas, tendo como foco o cuidado no atendimento as pessoas doentes, em especial aqueles que estavam morrendo.

Em muitos registros históricos se menciona o *hospice* fundado em 1842 em Lyon na França como um marco importante. A partir de então, a palavra *hospice* passou a ser utilizada como simbolismo de cuidados as pessoas doentes em processo de morrer e morte. Surge em 1905, na Grã-Bretanha, o *St. Joseph Hospice* em Hackney, fundado pelas irmãs irlandesas da Caridade (*Irish Sisters of Charity*). Sua fundadora, Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale, que fundou em Dublin, em 1846, uma casa para alojar pessoas em processo de terminalidade (*Our Lady's Hospice*) e chamou-a de *hospice*, por analogia às hospedarias para o descanso dos viajantes, na Idade Média. Neste mesmo período foram abertos em Londres outros *hospices*, entre eles o *St. Columba* (1885) e o *St. Luke's* (1893), o único fundado por um médico, Dr. Howard Barret, para acolher pessoas em estágio terminal (PESSINI, 2007; SILVA; SILVA, 2013).

No ano de 1967, foi criado em Londres por Cicely Saunders, o *Hospice St. Christopher*: cujo modelo, na atualidade, vem se tornando referência para as instituições que atuam com cuidados paliativos em diversas partes do mundo. Surge

³⁰ Na acepção moderna, *Hospice* é essencialmente um conceito de cuidado, ou seja, uma filosofia de cuidado, em vez de um tipo de estrutura ou serviço onde se desenvolve o cuidar. A filosofia do *Hospice* afirma que sempre há algo a ser feito para ajudar o paciente (MILIČEVIĆ, 2002, p. 29). Desse modo, *hospice* e cuidados paliativos nesse aspecto seriam a mesma coisa, considerando terem como princípio norteador o cuidar da pessoa com foco nas suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, e não na doença em si (DOYLE *apud* SILVA; AMARAL, 2013).

a partir de então, um “movimento conhecido até hoje por Movimento *Hospice* Moderno, ampliando o entendimento de *hospice*, não apenas como um local onde se exerce a prática dos cuidados paliativos, mas também, como uma filosofia de trabalho” (MACIEL; SALES 2006, p. 46). De acordo com Miličević (2002, p. 29), “o movimento *hospice* moderno tem tido um grande impacto pelo mundo afora, promovendo os cuidados paliativos e melhorando os padrões de cuidar da pessoa com doença fora de possibilidade de cura e em processo de terminalidade”.

De acordo com Pessini (2007), o caminho da fundadora do *St. Christopher*, de 1948 até 1967, quando institui o *Hospice*, foi longo e difícil. Cicely Saunders trabalhou pelas tardes como enfermeira voluntária na casa *St. Lukes* durante sete anos e neste espaço aprendeu o valor de se utilizar opioides fortes por via oral em esquema de horário para aliviar a dor severa de câncer. À medida que foi se envolvendo, Cicely, que era também graduada em inglês em Oxford, começa a estudar ciências sociais, ingressa na escola de medicina e se forma. Segundo Silva e Silva (2013, p.28),

Saunders teve sua primeira formação em enfermagem (...) e dizia: ‘apesar de eu mesma me ter visto obrigada a formar-me em medicina para ultrapassar o problema da dor crônica e terminal, sempre pensei que minha formação de enfermeira que me permitiu, acima de tudo, compreender o que o doente esperava de nós’. Cicely Saunders fundou o sistema *hospice* moderno e estabeleceu os novos métodos de controle da dor e uma abordagem para o cuidado integral.

Criou-se assim, não somente um movimento³¹, mas uma cultura e uma filosofia de assistência multiprofissional e interdisciplinar de cuidados paliativos em *hospice*³². Nesse sentido,

³¹ O movimento *Hospice* passou a ser marcado a partir de outubro de 2005 com o *World Hospice & Palliative Care Day* – que desde então acontece anualmente – organizado pela *Worldwide Palliative Care Alliance* (uma rede de ação global com foco exclusivamente no desenvolvimento de *hospice* e cuidados paliativos em nível mundial).

³² Atualmente, a definição de *Hospice* segundo a Organização Mundial da Saúde é a seguinte: Cuidados em *Hospice* ou cuidados paliativos são os cuidados de fim de vida prestados pelos profissionais de saúde e voluntários. Eles proveem apoio médico, psicológico e espiritual. O objetivo do cuidado é ajudar as pessoas que estão morrendo a ter paz, conforto e dignidade. Os cuidadores tentam controlar a dor e outros sintomas de modo que uma pessoa possa permanecer tão alerta e confortável quanto possível. Programas de *Hospice* também oferecem serviços para apoiar a família de um paciente (WHO, 2014, p. 6).

Os cuidados paliativos são inovadores ao sistematizar um conhecimento voltado para o alívio da dor e do sofrimento inerentes ao final de vida através da abordagem que concilia os aspectos: orgânico, psicoemocional, social e espiritual da pessoa doente e daqueles que participam de sua vida: família, amigos próximos e conviventes (MACIEL; SALES, 2006, p. 46).

Com a fundação do *St. Christopher's Hospice* muitos profissionais de outros países, principalmente dos Estados Unidos e Canadá, após período de experiência nessa modalidade de assistência, buscaram desenvolver a prática dos cuidados paliativos nos seus países de origem. Além disso, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, na década de 1970, fez com que o movimento *Hospice* continuasse a evoluir em vários países (ANCP, 2012).

Em 1969, a publicação de seu livro *On Death and Dying*, traduzido para a língua portuguesa com o título - Sobre a morte e o processo de morrer –, foi um marco de contribuições para especialistas de uma área específica, a tanatologia.

Nesse livro, a autora Elisabeth Klüber-Ross identifica que as pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura vivenciam algumas fases (negação e isolamento, a raiva, barganha, depressão e aceitação) durante o processo que antecede a morte, contribuindo para o desenvolvimento de métodos para os profissionais de saúde e familiares acompanharem e auxiliarem as pessoas durante essa trajetória finita.

É apenas um relatório de uma oportunidade nova e desafiante de focalizar uma vez mais o paciente como ser humano, de fazê-lo participar dos diálogos, de saber dele os méritos e as limitações de nossos hospitais no tratamento dos doentes. Pedimos que o paciente fosse nosso professor, de modo que pudéssemos aprender mais sobre os estágios finais da vida com suas ansiedades, temores e esperanças (ROSS, 2011, p.4).

Com o desenvolvimento universal dessa modalidade de assistência, em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde - OMS criou um grupo de trabalho para desenvolver manuais e guias para o alívio da dor e a integração da filosofia e conceitos de cuidados do tipo *Hospice* para dentro do programa nacional de controle do câncer. É importante esclarecer que o termo Cuidados Paliativos, já

utilizado no Canadá em 1975 por Balfour Mount, passou a ser adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) devido à dificuldade de tradução adequada do termo *Hospice* em alguns idiomas (FOLEY, 2005, p. S43). Convém ainda lembrar que, nessa época, o Canadá realizava cuidados paliativos integrados também com programas de cuidados domiciliares.

Assim, em 1986 a OMS publicou a primeira definição de cuidados paliativos como o

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (FOLEY, 2005, p. S44).

Ao passo que a modalidade de assistência lentamente foi sendo integrada nos sistemas públicos e privados de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 revisou o seu conceito. A partir da definição atual de cuidados paliativos foi possível identificar o seu aperfeiçoamento, pois enfatiza a necessidade da prevenção e tratamento do sofrimento durante toda a trajetória de vida da pessoa acometida por uma doença, com uma abordagem de saúde pública para o tratamento de doenças crônicas.

É preciso acrescentar também que os cuidados paliativos estão relacionados e cada vez mais direcionados pelos fatores que influenciam a Qualidade de Vida (QV) e, por conseguinte, de Qualidade de Morte. Em outras palavras, ao direito de se ter uma assistência adequada na fase de fim de vida durante o processo de morrer e a morte, ou seja, ao direito humano de se viver os últimos tempos de vida com qualidade e dignidade, que seriam alcançados mediante os cuidados paliativos³³.

³³Em 2013, no 13th *World Congress of the European Association for Palliative Care*, que ocorreu em Praga, foi lançada a Carta de Praga: “Cuidados Paliativos – um direito humano”. Trata-se de um abaixo-assinado organizado pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), pela *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), pela *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) e pela *Human Rights Watch* (HRW) em prol do reconhecimento dos Cuidados Paliativos como um direito humano (EAPC, 2013). Recentemente, *A Human Rights Watch*, lançou o Relatório Mundial de Direitos Humanos 2014, que avalia questões como violência, preconceito e atentado à vida. A publicação, de 700 páginas, contém um capítulo especial sobre saúde e fala sobre Cuidados Paliativos (HUMAN RIGHTS WATCH, 2014).

Como descrito por Almeida, Gutierrez, Marques (2012, p. 15) a qualidade de vida abrange

Inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes.

Smeltzer e Bare (2013), referindo-se ao tratamento quando a cura não pode ser conseguida, dizem que, as metas são tornar a pessoa doente o mais confortável possível e promover uma vida satisfatória pelo maior tempo possível. Acrescentam ainda que, se o período for extremamente curto ou prolongado, a meta principal é uma alta QV - com qualidade de vida definida pela pessoa doente e pela família. Portanto, a própria pessoa e a sua família serão os sujeitos que definirão a QV. Essa compreensão geral de QV vem ao encontro da integralidade da assistência em saúde, ou seja, uma assistência guiada na autonomia e tomada de decisão da pessoa doente e seus familiares em definir a qualidade de vida que almejam.

A OMS define qualidade de vida, como uma “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012, p. 20). De acordo com Gomes e Bredemier (2007, p. 36), “apesar de ainda não haver consenso sobre a definição de QV, se aceita que subjetividade, multidimensionalidade e sentimentos positivos e negativos constituem elementos básicos do construto”. Tem-se então, que a percepção da pessoa doente sobre o seu estado físico, emocional e social, é um elemento a ser considerado para se definir o nível de QV. Logo, melhorar ou elevar o nível de QV das pessoas doentes em cuidados paliativos deve ser um dos objetivos de toda a equipe de saúde, pois relacionar o conceito de QV com o atual contexto de intensas transformações sociais e tecnológicas é necessário para suprir demandas inerentes à sociedade, buscando a compreensão da QV como uma forma humana de percepção do próprio existir, a partir de suas esferas objetivas (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

No que se refere ao cuidado no processo de morte e do morrer, a primeira versão do Índice de Qualidade de Morte foi construído e divulgado em 2010 pela

Economist Intelligence Unit (EIU), sendo que a nova versão do Índice de Qualidade de Morte foi publicada no ano de 2015.

Nessa última publicação, foram incluídos 80 países e incide sobre a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos e não só dos cuidados de fim de vida, conforme a versão anterior. Foram avaliados 20 indicadores qualitativos e quantitativos divididos em cinco categorias: cuidados paliativos e ambiente de saúde (com peso de 20% e 4 indicadores), recursos humanos (com peso de 20% e 5 indicadores), acesso aos cuidados paliativos (com peso de 20% e 3 indicadores), qualidade dos serviços (com peso de 30% e 6 indicadores) e engajamento da sociedade (com peso de 10% e 2 indicadores). Para a construção do Índice de Qualidade de Morte a EIU utilizou dados oficiais e pesquisas existentes em cada país; buscando, também, entrevistar profissionais especializados em cuidados paliativos (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Não há dúvida que nos dias de hoje existe uma grande demanda por cuidados paliativos em todas as nações e que a análise da extensão de serviços disponíveis como um indicador se torna muito relevante para a compreensão da evolução dessa modalidade de assistência. Dessa forma, “foram analisados o investimento global em saúde, a presença e a força de políticas governamentais para cuidados paliativos, a existência de políticas baseadas em dados de pesquisas científicas e a capacidade de ofertar serviços de cuidados paliativos” (VICTOR, 2016, p. 269).

Por um lado, foi identificado que países europeus, asiáticos e norte-americanos se apresentam no topo do Índice, onde se beneficiam de níveis relativamente elevados de apoio governamental, por outro, destacam-se alguns países menos ricos, com sistemas de saúde menos desenvolvidos como o Chile, Mongólia, Costa Rica e Lituânia. Assim, não haveria exagero em se afirmar que

Enquanto alguns países com sistemas de saúde menos desenvolvidos como Chile, Mongólia, Costa Rica e Lituânia surpreendem ao estar no top 30 do *ranking*, a Índia e a China, apesar do rápido crescimento econômico recente, apresentaram um baixo desempenho global. (...) destaca [-se] ainda a liderança do Chile na América Latina, estando atrás apenas dos Estados Unidos e do Canadá nas Américas. Tal posição se deve ao esforço chileno em incorporar os cuidados paliativos aos serviços de saúde e desenvolver políticas para acesso

a opioides, desde que o país lançou seu Programa de Cuidados Paliativos em 1996 (VICTOR, 2016, p.268).

Em relação à categoria recurso humano considerado pela *Economist Intelligence Unit* (2015), os países foram avaliados pela disponibilidade de especialistas em cuidados paliativos, a presença de certificações para cuidados paliativos e o número de médicos e enfermeiros especializados para cada 1.000 mortes relacionadas com cuidados paliativos (para avaliar a carga relativa à necessidade de cuidados paliativos). Nessa categoria a Austrália, o Reino Unido e a Alemanha estão nas primeiras colocações, sendo que mesmo os países que apresentaram um bom desempenho percebem a necessidade de melhorias nessa área. O Uruguai permaneceu com a 25ª colocação, a Argentina com a 29ª, enquanto o Chile com a 32ª e o Brasil com 33ª posição, sendo que um dos maiores desafios dos países latino-americanos é a necessidade de melhoria da educação e a certificação da disciplina.

No que se refere ao acesso aos cuidados paliativos, os países foram avaliados pelos seguintes indicadores: a disponibilidade de financiamento público para cuidados paliativos, o encargo financeiro gerado para os pacientes e a disponibilidade de cobertura através de regimes de pensões nacionais. Destes, a disponibilidade de financiamento público e os encargos financeiros para os pacientes recebem os maiores coeficientes de ponderação, de 50% e 40%, respectivamente. Assim, os países em destaque na lista são a Austrália, a Bélgica, a Dinamarca, a Irlanda e o Reino Unido (e no grupo de países de alta renda), enquanto Cuba e Panamá compartilham o segundo lugar com um número de países mais ricos na Europa (Finlândia, Alemanha, Itália, Países Baixos e Suécia) e Ásia (Singapura, Coreia do Sul e Taiwan). Em face do que já se disse,

Os autores reforçam que todo o papel e a importância que instituições não governamentais exercem, tanto na construção quanto na manutenção de serviços, são válidos. Porém, para lidar com a demanda futura, os países precisam incorporar **o modelo de saúde pública de cuidados paliativos** e estender os cuidados paliativos em uma ampla gama de serviços de saúde (VICTOR, 2016, p.269, grifos nosso).

Para a categoria qualidade dos serviços, foram utilizados seis indicadores: a presença de padrões de monitoramento dos serviços (que estão em vigor em 49 dos países do Índice), a disponibilidade de analgésicos opioides e o apoio psicossocial para pacientes e famílias, a presença de políticas de “não ressuscitação” (DNR), apoio à tomada de decisão compartilhada e o uso de pesquisas de satisfação dos pacientes. O Reino Unido, a Suécia e a Austrália são os primeiros da lista (como fazem no grupo de países de rendimento elevado). Entretanto, o fato que precisa ser enfatizado é a dificuldade permanente de acesso aos opioides, sendo que nos países em que não há restrição legal, existem obstáculos como a necessidade de aprovação das medicações pelos ministérios da saúde, dos trâmites entre importadores e das agências reguladoras, além do treinamento profissional realizado de forma inadequada.

Por sua vez, no engajamento da sociedade como categoria para o Índice de Qualidade de Morte pela *Economist Intelligence Unit* (2015), dois indicadores foram usados para avaliar o desempenho dos países - a sensibilização do público para os cuidados paliativos e a disponibilidade de trabalhadores voluntários para cuidados paliativos. Para a conscientização pública foi considerado um coeficiente de ponderação de 70% e aos voluntários de 30%. Em relação a esse indicador, a Bélgica e a Nova Zelândia estão em primeiro lugar, enquanto a França e o Reino Unido ocupam o segundo lugar (como no grupo de países de alta renda). Nas Américas, mais uma vez os EUA e Canadá estão como primeiros na lista, sendo que o Brasil e a Costa Rica permaneceram em terceira posição.

Apesar das melhorias apresentadas pela pesquisa em cuidados paliativos os países estão buscando fornecer serviços de cuidados paliativos com qualidade para todos os cidadãos, sendo que mudanças culturais são necessárias com uma maior abordagem dos cuidados paliativos pelos grupos sociais, considerando o processo de morrer e a morte, temáticas que precisam ser dialogadas e debatidas por todos.

O compartilhamento de informações e conhecimento em cuidados paliativos com o

O envolvimento de familiares, voluntários e a própria comunidade reduz os custos relacionados às internações e as admissões em serviços de emergência. Em uma sociedade em que há a valorização da felicidade, e que temas relacionados à doença e a morte não são bem-vindos, deve haver um empenho extra dos profissionais envolvidos em cuidados

paliativos para promover discussões e fazer com que informações de qualidade estejam acessíveis (VICTOR, 2016, p. 269).

Em suma, vários países em tempos atuais têm realizado avanços significativos em termos de política nacional, por exemplo, Colômbia, Dinamarca, Equador, Finlândia, Itália, Japão, Panamá, Portugal, Rússia, Singapura, Espanha, Sri Lanka, Suécia e Uruguai que estabeleceram diretrizes, leis ou programas nacionais novos ou significativamente atualizados, bem como países como Brasil, Costa Rica, Tanzânia e a Tailândia que estão em vias de desenvolvimento dos cuidados paliativos em plano nacional. É indispensável acrescentar também que a dinâmica adquirida em matéria de cuidados paliativos a nível político foi reforçada pela 67ª Assembleia Mundial da Saúde em 2014, a qual solicitou a integração dos cuidados paliativos nos sistemas nacionais de saúde (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Ainda que o Brasil esteja no 42º lugar na qualidade de morte, dentre 80 países que foram avaliados pela *Economist Intelligence Unit* (2015) é preciso considerar que a população está envelhecendo e a demanda por cuidados paliativos encontra-se em crescimento e com uma abordagem

Holística, observando este paciente como um ser *biográfico* mais que um ser simplesmente *biológico*, poderemos, respeitando seus desejos e necessidades, melhorar sim o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida. Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares (...) (ANCP, 2012, p. 29).

Soma-se a isso que um maior desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil significaria ainda a necessidade de aprimoramento dos serviços especializados nessa modalidade de assistência, bem como a difusão do conhecimento através dos princípios delineados pela OMS para os cuidados paliativos:

- Proporcionar o alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente;

-Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte;

-Usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

-Melhorar a qualidade de vida, o que se espera que possa influenciar positivamente o curso da doença;

-Ser aplicado no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia e incluir as investigações necessárias para melhor compreender e gerir angustiantes complicações clínicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Pode-se dizer ainda que a OMS está buscando a integração dos cuidados paliativos nas estratégias internacionais para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como o câncer, à esclerose lateral amiotrófica e as doenças crônicas transmissíveis como o HIV / AIDS, em todas as faixas etárias.

Por sua vez, a instituição *hospice*³⁴ com sua estrutura aliada à nova filosofia de cuidados paliativos, torna-se o lugar de excelência na prestação desses cuidados. Afirma-se que no âmbito da moderna filosofia de cuidados paliativos, o *hospice* não é visto como um lugar para se morrer.

Hospice não é o lugar aonde os doentes terminais vão para morrer, menos ainda para longas internações, mas sim uma estrutura residencial dedicada para hospedar aqueles pacientes que temporariamente têm necessidade de assistência mais intensa para a resolução de problemas 'agudos' que não encontram solução a domicílio, ou por inadequação do mesmo ou pela falta de um núcleo familiar capaz de fazer frente às situações de mais empenho, ou ainda pela gravidade da sintomatologia ou pela vontade expressa do paciente ou mesmo para transcorrer os últimos dias de vida (VACCHERO, 2010, p.42, grifos do autor).

Como vemos, o autor destaca o domicílio como sendo o lugar onde a pessoa acometida por uma doença em estágio avançado e irreversível poderia viver seus últimos dias – se assim o preferisse – e tendo acesso aos cuidados paliativos em domicílio, com participação ativa da família. Na sua visão, o *hospice* seria uma

³⁴ No decorrer do projeto faremos, algumas vezes, referência a *hospice*, por isso procuramos deixar claro o fato de ser uma unidade (estrutura) específica de CP nos dias de hoje, muitas vezes fora do ambiente hospitalar.

estrutura à retaguarda da assistência domiciliar por assemelhar-se à residência do sujeito doente e, ao mesmo tempo, onde se poderia aplicar um cuidado integral, não somente ao sujeito doente, mas também à sua família, visando permitir e facilitar o convívio do núcleo familiar com a pessoa acometida pela doença.

Permitir à pessoa doente uma morte livre de dor, controlando os sintomas, oferecendo suporte emocional e favorecendo a aproximação da família e pessoas queridas, são princípios básicos dos cuidados paliativos que precisam ser difundidos na sociedade brasileira para o crescente desenvolvimento de uma rede de cuidados paliativos, organizada com serviços de saúde em que

As necessidades de investigação diagnóstica e o seguimento do doente durante sua estadia no domicílio devem ser parte de uma rede integrada e muito bem articulada de modo a oferecer segurança ao doente e sua família em todas as etapas do adoecimento, no respeito às decisões previamente acordadas para o final da vida (ANCP, 2012, p. 97).

Dessa forma, os cuidados paliativos no Brasil estão em um processo contínuo de desenvolvimento cuja modalidade de assistência é direcionada para as pessoas doentes e não na cura da doença, mas sim no cuidado e o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões, considerando a família como uma unidade de cuidado. Entretanto, é preciso refletir sobre o contexto histórico que perpassa o sistema de saúde brasileiro através de dois modelos de atenção que “convivem” com o passar das décadas: o modelo biomédico hegemônico e o modelo sanitarista.

No âmbito do modelo de saúde biomédico, hegemônico, cuja lógica assistencial é voltada à doença, ao diagnóstico e à cura das doenças – vários esforços são dirigidos na tentativa de prevenir e tratar as doenças. Ao passo que a sociedade evoluiu em muitos aspectos com o desenvolvimento de conhecimentos diversos que permitiram a superação de doenças anteriormente incuráveis, determinadas concepções de vida se fundamentaram em uma compreensão do ciclo vital sem o processo de finitude da vida, ou seja, apenas nascemos, crescemos e envelhecemos.

Se por um lado existe uma resistência humana para abordar a temática da morte, por outro lado permanecem as impossibilidades da sociedade moderna e das ciências da saúde – fundamentadas nestes modelos – em conter o avanço das doenças, assim como a fragilidade das propostas alternativas em promover a saúde

e prevenir as doenças. Diante dessa reflexão iremos contextualizar brevemente o percurso dos cuidados paliativos na América Latina, bem como o seu desenvolvimento no sistema público de saúde brasileiro, para abarcarmos o modo como essa modalidade de assistência conquistou o seu espaço em um país com imenso pluralismo de valores morais e interpretações sobre o processo de morrer e a morte.

2.1. A inserção dos cuidados paliativos na América Latina

Em 2012, foi elaborado um documento que apresenta a visão global dos cuidados paliativos na América Latina, sendo incluídos nessa análise sistematizada 19 países de língua portuguesa e espanhola. Além disso, o desenvolvimento e modelo do Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina foram baseados no Atlas da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), guiado pela Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos e a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) (PASTRANA *et al.*, 2012).

Dentre os resultados apresentados no Atlas, destaca-se o Chile com o maior número de serviços de cuidados paliativos, sendo que os tipos de serviços mais frequentes identificados são as equipes de atenção domiciliar (PASTRANA *et al.*, 2013).

Em relação à formação em cuidados paliativos, a primeira acreditação ocorreu em 1998 na Colômbia, sendo que o Chile e o Uruguai oferecem os cuidados paliativos em todas as faculdades de medicina como disciplinas independentes ou como algumas horas para o currículo. Na Colômbia, os cuidados paliativos tiveram o seu marco na década de 80 com a fundação da Clínica de Dor e Cuidados Paliativos, todavia o desenvolvimento dos cuidados paliativos na América Latina ocorreu de maneira imprescindível e sem um padrão definido (PASTRANA *et al.*, 2012).

Acrescenta-se ainda, que onze países da América Latina possuem ao menos uma associação de cuidados paliativos, sendo que o Brasil e a Costa Rica são os países que têm duas associações, mencionando que dez desses países trazem ao menos um guia ou norma de cuidados paliativos publicados e cinco países apresentam um diretório de serviços (PASTRANA *et al.*, 2013).

Segundo pesquisa realizada em 2014, a nível mundial, o Brasil, a Colômbia, a Venezuela e Cuba precisam desenvolver os cuidados paliativos de forma mais regular, abrangendo todos os espaços de seu território com uma maior disponibilidade de morfina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

É importante destacar que três países oferecem uma lei nacional de cuidados paliativos, que são Chile, México e Panamá, sendo que Colômbia é um país que também contém uma lei nacional de cuidados paliativos, porém está vinculada a programas oncológicos ou de dor. Todavia, oito países têm programas nacionais de cuidados paliativos e o Brasil se apresenta nesse grupo, porém o país ainda precisa desenvolver um sistema de avaliação e monitoramento. No Chile, Costa Rica, Cuba, Venezuela e Panamá há um sistema de monitoramento e avaliação para os cuidados paliativos (PASTRANA *et al.*, 2013).

A partir dessa constatação é preciso refletir que a avaliação do contexto e a necessidade de cuidados paliativos são necessárias para planejar o estabelecimento e o crescimento dos serviços e medir a extensão em que as necessidades da população estão sendo atendidos. A estimativa de necessidade começa com a determinação de todos os grupos com diagnóstico que necessitam de cuidados paliativos, considerando a utilização dos dados de mortalidade com ressalva, pois existem muitas pessoas com necessidades de cuidados paliativos antes do último ano de vida (CONNOR; BATISTE, 2017). Em decorrência de inúmeros fatores que condicionam e compõe os processos saúde-doença das pessoas, em 2012, foram identificados dezesseis países proporcionando programas nacionais de câncer para a população com a inserção dos cuidados paliativos em treze desses países. Ainda, os programas de atenção primária foram apresentados em todas as nações, porém a abordagem dos cuidados paliativos estava presente em oito países. Em contrapartida, todos os programas nacionais de HIV/AIDS incluíam os cuidados paliativos (PASTRANA *et al.*, 2012).

Certamente, os países estão buscando desenvolver os cuidados paliativos a partir de uma adaptação às crescentes necessidades da população, estendendo-se do foco do atendimento de pessoas com câncer terminal em instituições e intervenções baseado no prognóstico para uma perspectiva mais ampla que inclua o conceito de doença "limitante de vida" e intervenção precoce, cuidado de pessoas

com todos os tipos de doenças e condições crônicas, não apenas câncer, e um planejamento baseado na prevalência, em vez de mortalidade (BATISTE, 2017b).

Em síntese, as pessoas que precisam de uma abordagem de cuidados paliativos possuem um conjunto de aspectos a serem ponderados em várias dimensões:

Figura 1: Aspectos a serem considerados em uma abordagem de cuidados paliativos.



Fonte: Adaptado de Batiste *et al.* (2017b).

Conclua-se, portanto que, para o desenvolvimento dos cuidados paliativos integrados aos sistemas públicos de saúde, é preciso garantir que as políticas públicas estejam em vigor, os medicamentos essenciais sejam disponíveis e ocorra a ampliação de uma educação abrangente sobre os cuidados paliativos. Isso tudo, contribui para que os serviços de cuidados paliativos possam ser projetados e incorporados em redes de atenção e linhas de cuidados, onde serviços especializados possam estar disponíveis para as pessoas doentes e familiares de forma integral e resolutiva.

Com certeza, a crescente ampliação e apreensão da concepção dos cuidados paliativos têm proporcionado mudanças nas condutas dos profissionais de saúde e

das pessoas que possuem informações sobre a temática, pois é preciso compreender que todos os valores presentes em uma determinada sociedade podem ser transformados, segundo o processo de construção de cada grupo social que a compõe. Assim, apresentamos a seguir uma breve contextualização do processo de inserção dos cuidados paliativos na sociedade brasileira de forma a trazer um panorama histórico do seu desenvolvimento, abordando momentos definidos desse percurso, porém, sentimos a necessidade de destacar que alguns elementos dessa trajetória não são descritos, mas não os consideramos menos importante.

2.2. Uma breve contextualização dos cuidados paliativos no Brasil

O Brasil possui iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos desde os anos 70. Nesse contexto refletimos sobre as infinitas contribuições da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, sem menosprezarmos outro marco, a reunião em Alma-Ata em 1978 na URSS com suas ponderações importantes para a constituição do Sistema Único de Saúde.

Na área de saúde [análise realizada após vários processos históricos, incidindo sobre um governo populista, por exemplo, Getúlio Vargas e a ditadura militar em 1964 - 1985], verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população (BRASIL, 1986, p. 06).

A partir de um processo histórico permeado por muitas lutas e sofrimentos, que incluíram inúmeras mortes por torturas físicas e mentais, ocorreram conquistas com o retorno da liberdade de expressão e o anseio de mudanças relacionado à vida de cada cidadão brasileiro. Por sua vez, afirmamos que mudanças no sistema de saúde foram colocadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em que

Ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação

da saúde, constituindo-se no que se está convencionado de Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p. 02).

Se por um lado, a Constituição brasileira de 1988 trouxe no artigo 198 (na seção saúde) que as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo; bem como oferecer um atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde em 1990 teve os seus princípios definidos com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080), a partir das diretrizes da Constituição de 1988 no seu artigo 198, que consolida no seu artigo 4º o Sistema Único de Saúde (SUS) como um “ conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

Portanto, o primordial no desenvolvimento do novo sistema de saúde é ir além do cuidado estrito à doença, que foi instituído por várias décadas, compreendendo a noção ampliada do conceito proposta na reforma sanitária e na Lei nº 8.080, bem como o modo de organizar e realizar a gestão de funcionamento do mesmo. Dessa forma, a partir do ano de 2000, pode-se observar um crescimento significativo dos cuidados paliativos “com a consolidação dos serviços já existentes, pioneiros e a criação de outros não menos importantes” (MATSUMOTO, 2009, p. 19).

Com base na estruturação e composição da Lei Orgânica da Saúde e em seus princípios foram lançadas diretrizes para a atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica pela Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002a) que impulsionaram o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Dentre as justificativas abordadas estavam os seguintes aspectos

(1) pela ampla demanda por cuidados paliativos no Brasil, (2) pelo aumento epidemiológico no país de doenças que levam à dor crônica e necessidade de cuidados paliativos, (3) pela responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral aos doentes, (4) pelo conforto e melhoria de qualidade de vida que os cuidados paliativos e controle da dor crônica são capazes de trazer aos pacientes e suas famílias, (5) pela necessidade de estruturar serviços de saúde capazes de ofertar cuidados integrais e integrados que

visando minimizar o sofrimento dos doentes e melhorar o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo, (6) pela necessidade de qualificar a gestão pública nessa área no país e aprimorar seus regulamentos técnicos (BARBI, 2011, p.18).

Nesse mesmo ano, logo se percebeu a necessidade de viabilizar a operacionalização do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde, permitindo a prescrição de medicamentos à base das substâncias morfina, medatona e codeína, ou de seus sais, em receituário comum, em duas vias, dispensando a receita “A” pela resolução n.º 202, de 18 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b). Em seguida, foram publicadas, no dia 23 de julho de 2002, a Portaria n.º 1.318 (BRASIL, 2002c) e a Portaria 1.319 (BRASIL, 2002d), relacionadas aos medicamentos opiáceos e o cadastramento de centros de referência em tratamento da dor crônica.

Ainda, é importante ressaltarmos que pela Portaria n.º 19 foi instituído no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde um grupo técnico assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002a) com representantes de várias instituições brasileiras relacionadas ao cuidados paliativos. Ao passo que se propõe construir um modelo de assistência que englobe a diversidade cultural e social do país, buscam-se propostas que procuram conciliar o atendimento à demanda expressiva apresentadas em cada região juntamente com as necessidades, com o intuito de desenvolver a integralidade da atenção, sendo que são diversas as propostas e tentativas de superação dos modelos biomédicos e sanitaria.

Em 2006 percebeu-se o caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial do controle da dor e cuidados paliativos, bem como a necessidade de uma instância técnica para subsidiar o Ministério da Saúde, por isso foi instituído a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos com a portaria n.º 238 de 13 de dezembro de 2006, sendo revogada a Portaria n.º 19 de 03 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2006a).

Certamente, a composição da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos com representantes de diversas entidades buscou propiciar um maior diálogo e processo deliberativo para os seguintes aspectos:

a) as diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos; b) as ações de controle da dor e cuidados paliativos, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública; c) as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; d) a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e cuidados paliativos; e) a incorporação tecnológica para ações de controle da dor e cuidados paliativos, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC; f) projetos de incentivo para ações de controle da dor e cuidados paliativos; g) a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e cuidados paliativos; e h) a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos; e i) a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e cuidados paliativos (BRASIL, 2006a, p. s/n).

Diante desses fatos, o Conselho Federal de Medicina com a resolução nº 1.805/2006 buscou esclarecer que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida da pessoa doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade da pessoa doente ou de seu representante legal. Entretanto, é importante lembrar que a resolução foi suspensa por decisão liminar nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal, durante um período de aproximadamente três anos, sendo que em 2011 a sentença é favorável aos critérios para a prática da ortotanásia (CFM, 2006).

Acrescenta-se ainda que a revisão e disponibilização do código de ética médica em 2009/2010 permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida da pessoas em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (CFM, 2010).

Todavia, a resolução que trata da ortotanásia está vinculada à resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade das pessoas doentes em fase terminal. Nessa resolução, as

diretivas antecipadas de vontade são definidas “como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”(CFM, 2012, p. s/n). Assim, as pessoas acometidas por uma doença sem possibilidade de cura podem deixar registrado, em forma de documento, os procedimentos que considera pertinentes, indicando aqueles aos quais não deseja ser submetido, na terminalidade da vida, bem como destacando que o médico precisa registrar, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram diretamente comunicadas pela própria - pessoa.

Ninguém desconhece que muitas pessoas doentes se apresentam incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades na fase terminal e que as diretivas antecipadas de vontade buscam oferecer uma alternativa prudente e respeitosa à tomada de decisão de cada pessoa, que pode ser previamente deliberada com a designação de um representante para tal fim (CFM, 2012).

Entretanto, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados, tendo um reconhecimento inclusive dos documentos oficiais que difundem as políticas de saúde, como a portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 – que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta portaria (BRASIL, 2010) evidenciam-se as dificuldades presentes na realidade cotidiana dos profissionais de saúde – dentre as quais a gestão – em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde no cuidado que deveria ser integral.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstradas por: (1) **lacunas assistenciais importantes**; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) **configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas**; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência

de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p.s/n, grifos nosso).

Em consequência disso, a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, é “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Assim, compreende a atenção primária de saúde (APS) como o primeiro nível de atenção com a função também de organizar e integrar o cuidado em todos os pontos de atenção que o usuário for encaminhado, sendo os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Como exemplos de pontos de atenção, têm-se os domicílios, as unidades básicas de saúde, as residências terapêuticas e outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde como o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, dentre outros (BRASIL, 2010, p. s/n).

Contudo, enfatizamos que todos os pontos de atenção são de suma importância para a integralidade do cuidado, sem a constituição de uma hierarquia de poder e sim um arranjo organizativo de onde inicia o cuidado como ponto de referência, ocorrendo diferenças nas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Em face disso, pondera-se a impossibilidade de existir um modelo organizacional único para as RAS, sendo essencial uma

Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e **cuidados paliativos** e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos (BRASIL, 2010, p. s/n, grifos nosso).

A expansão tecnológica ocorrida nas últimas décadas propiciou o desenvolvimento de todas as áreas de cuidados da saúde, sendo necessária a inclusão de linhas de cuidado como uma forma de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, guiadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a organização do funcionamento das redes de

atenção que estão em constante composição e estruturação. Dito isso, abrimos uma lacuna e apontamos que a pandemia em curso no Brasil e no mundo pelo coronavírus (COVID-19), classificada como SARS-CoV-2, não foi debatida pelo recente percurso e contínuo desenvolvimento atualmente.

Em relação aos dados pertinentes às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que se apresentam entre as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008; destacamos que a maioria desses óbitos são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. No Brasil, as DCNT constituíram, até o momento, o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo cerca de 70% das causas de mortes. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período (BRASIL, 2011).

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil buscou implementar importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo foi conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde (BRASIL, 2011). E na elaboração do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no período de 2011 a 2020 realizado pelo Ministério da Saúde foi apresentada uma abordagem aos cuidados paliativos em que as equipes de atenção básica deveriam ser preparadas para fornecer cuidados paliativos às pessoas acometidas por um câncer em estágio irreversível e sem possibilidade de tratamento curativo devido ao possível sucesso com base comunitária e domiciliar.

Entretanto, na portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as terminologias cuidados paliativos ou doenças crônicas são pouco evidentes no texto, ou seja, o termo doenças crônicas está sendo citado uma vez na descrição das atribuições apenas das unidades básicas de saúde fluviais. Em contrapartida, a portaria nº 2029 de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e descreve a

necessidade da realização de cuidados paliativos à população como uma das atribuições das equipes multiprofissionais, sendo revogada pela portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 e posteriormente pela portaria 963 de 27 de maio de 2013. Todavia, todas as portarias sustentarem os cuidados paliativos em suas atribuições às equipes. Atualmente, a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 revogou a portaria que estava em vigor, redefinindo a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizando as equipes habilitadas para a prestação do cuidado, de acordo com a portaria a Atenção Domiciliar é uma

Modalidade de atenção à saúde integrada as Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, **palição** e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016, p. s/n, grifo nosso).

Não há dúvida de que essa portaria da Atenção Domiciliar aprimorou a organização dos serviços, acrescentando também o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para complementar os cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, relacionados aos cuidados paliativos ao determinar a divisão em modalidades (AD1, AD2 e AD3) com a vinculação das necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada pelo número de visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

É indispensável compreender que a divisão por tipos de modalidade coloca a Atenção Domiciliar do tipo 1 (AD1) de responsabilidade da Atenção Básica e AD2 e AD3 de responsabilidade dos serviços de atenção domiciliar (SAD) como fundamentais para a concepção do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. Além disso, é preciso considerar que “as equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação”, sendo que no ano de 2016 foram identificados 515 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do tipo 1,

82 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do tipo 2 e 325 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016, p. s/n).

Nesta perspectiva, a Portaria de consolidação nº 5³⁵, de 28 de setembro de 2017, consolidou as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para o sistema de informação vigente para fins de financiamento dos Serviços de Atenção Domiciliar e a efetivação de normas no financiamento e na transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017e).

A propósito, a portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde possui no seu arranjo a Atenção Domiciliar que é

Compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011, p. s/n).

Em 2012, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB) apresentou uma minuta de portaria, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a implantação deveria ocorrer por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando agravos de maior magnitude (BRASIL, 2013a). Ainda, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) sugeriu que a rede de câncer fizesse parte dessa portaria, sendo acatada pela área técnica do Ministério da Saúde (CONASS, 2012).

Por sua vez, a portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único

³⁵ O Ministério da Saúde publicou seis Portarias de Consolidação (PRC) em 3 de outubro de 2017, buscando atender o estabelecido pela Lei Complementar nº95/1998 e consolidar as normas do Gabinete do Ministro de conteúdo normativo, publicadas desde 1990 até a data da publicação, 28 de setembro de 2017: Portaria de consolidação nº 1, Portaria de consolidação nº 2, Portaria de consolidação nº 3, Portaria de consolidação nº 4, Portaria de consolidação nº 5 e Portaria de consolidação nº 6. Disponível em: < <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

de Saúde (SUS) foi revogada pela portaria nº 483 de 01 de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Assim, no seu artigo 2º foram consideradas doenças crônicas “as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, **usualmente, não leva à cura** (BRASIL, 2014a, p. s/n, grifos nosso)”.

Ainda, seria competência das secretarias de saúde dos estados e municípios

Acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e **cuidados paliativos** para o cuidado das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014a, p. s/n, grifos nosso).

Em relação à organização das ações em cuidados paliativos são de responsabilidades da Atenção Básica e dos ambulatórios especializados e hospitalares da Atenção Especializada, apoiar o cuidado e articular com os demais pontos de atenção nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica (BRASIL, 2014a).

Na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) está estabelecida pela Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais para realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, a partir dos critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Ainda, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, respeitando a pactuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017b).

Soma-se a isso a articulação da Portaria de consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de

Saúde, inclusos os financiamentos dos componentes básicos e especializados da assistência farmacêutica (BRASIL, 2017f).

Todavia, é preciso recordar que tais linhas de cuidados, receberam a publicação da Portaria nº 1083 de 2 de outubro de 2012, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, revogando a portaria nº 859 de 04 de novembro de 2002 e fortalecendo a prescrição de medicamentos à base das substâncias morfina, metadona e codeína, ou de seus sais, em receituário comum, em duas vias, dispensando a receita “A” pela resolução n.º 202, de 18 de julho de 2002 (BRASIL, 2012).

Pode-se dizer que a inserção da prática dos cuidados paliativos na sociedade brasileira se amplia com o desenvolvimento de definições e regulamentações nas políticas públicas, bem como na necessidade da incorporação desse modelo de atenção (cuidados paliativos) ao conhecimento de todos os profissionais de saúde e cidadãos, oferecendo a assistência em todos os níveis da rede de atenção e proporcionando as pessoas acometidas por uma doença em estágio terminal e irreversível e seus familiares, a certeza do acolhimento e do cuidado.

Ao passo que os profissionais adquirem conhecimento sobre as tecnologias de alívio da dor, os sintomas das pessoas em fim de vida e a atuação de cada categoria profissional da área da saúde, torna-se possível o desenvolvimento de uma ressignificação social do sofrimento, da dor, da doença e da morte, a partir de quem as vive e acompanha.

É importante destacar que a abordagem em saúde pública e a implementação de cuidados paliativos nos sistemas nacionais de saúde ou programas regionais têm-se desenvolvido e estão sendo praticados a partir de experiências nacionais ou regionais de muitos países. Em face disso, constatou-se a necessidade de administrar quatro dimensões principais: política nacional, disponibilidade de medicamentos essenciais, educação e a implementação (de recursos, estruturas e serviços). Pode se dizer que “as razões do desenvolvimento dos cuidados paliativos são baseadas nas necessidades crescentes e na presença de pessoas com doenças crônicas avançadas em todos os serviços dos sistemas públicos de saúde (BATISTE *et al.*, 2017a, p.29).

Se por um lado, o câncer como doença crônica não transmissível apresentou no ano de 2012, a nível mundial, 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês *International Agency for Research on Cancer*) (BRASIL, 2014b).

Por outro lado, vários fatores precisam ser considerados, incluindo a gravidade da doença, a quantidade de sintomas e metas para os cuidados. Ao citar uma abordagem que usa dados de mortalidade e dor, para todas as doenças crônicas irreversíveis, como um substituto para os sintomas, a OMS estima, no *Atlas*, que pelo menos mais de 20 milhões de pessoas por ano se beneficiarão de cuidados paliativos no final da vida, incluindo 19 milhões de adultos e mais um 1 milhão de crianças para os diagnósticos dessas doenças. Ao considerar a necessidade de cuidados paliativos antes do final da vida, o número duplica para 40 milhões por ano (BATISTE *et al.*, 2017b).

Além disso, no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte com uma estimativa para o biênio 2018-2019 de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, cerca de 170 mil casos novos, teremos 420 mil casos novos de câncer em que, ao computar o cálculo global corrigido para o sub registro, se assinala a ocorrência de 640 mil casos novos. Por sua vez, é preciso considerar que na população brasileira os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto se constituem entre os mais incidentes, porém ainda com altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (BRASIL, 2017g).

Em relação ao câncer de pele não melanoma entre homens estimam-se 85.170 casos novos e nas mulheres 80.410 para cada ano do biênio 2018-2019. É importante destacar que esses valores correspondem a um risco estimado de 82,53 casos novos a cada 100 mil homens e 75,84 para cada 100 mil mulheres, sendo o mais incidente em ambos os sexos (BRASIL, 2017g).

Em contrapartida, os cânceres de próstata em homens englobam uma estimativa de 68.220 casos novos de câncer de próstata para cada ano, no biênio 2018-2019, enquanto nas mulheres se identificam 59.700 casos novos de câncer de mama para cada ano. Depois desse, para os homens, os cânceres mais incidentes consistem em: pulmão (18.740 casos novos), cólon e reto (17.380 casos novos), estômago (13.540 casos novos), cavidade oral (11.200 casos novos), esôfago (8.240

casos novos), bexiga (6.690 casos novos), laringe (6.390 casos novos), leucemia (5.940 casos novos), câncer do Sistema Nervoso Central (SNC) (5810) e linfoma não Hodgkin (5.370 casos novos). Entre as mulheres, as maiores incidências serão de cânceres de cólon e reto (18.980 para cada ano), colo do útero (16.370 casos novos), pulmão (12.530 casos novos), glândula tireoide (8.040 casos novos), estômago (7.750 casos novos), corpo do útero (6.390 casos novos), ovário (6.150 casos novos), câncer do Sistema Nervoso Central (SNC) (5510 casos novos), leucemia (4.860 casos novos) e linfoma não Hodgkin (4.810 casos novos) e cavidade oral com 3.500 casos novos (BRASIL, 2017g).

Em face do que já se disse, é preciso recordar que os programas locais e/ou regionais existentes para o câncer como doença crônica têm como base a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através da portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 que

Tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e **cuidados paliativos** (BRASIL, 2013c, p. s/n, grifos nosso).

É essencial considerar que para o cuidado ser integral é preciso oferecer a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013c).

Nessa perspectiva, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) possui atribuições essenciais para o desenvolvimento das Redes de Atenção Oncológica, que foram ampliadas com a Portaria GM/MS nº 874/2013, que o estabelece como

Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, atuando nas diversas áreas do controle do câncer: promoção da saúde (o INCA coordena o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, por exemplo), da prevenção do câncer (o INCA coordena os programas nacional de controle dos cânceres do colo do útero e de mama, por exemplo), diagnóstico e tratamento do câncer (o INCA provê o atendimento especializado em três hospitais próprios no Rio de Janeiro, além de manter um centro

de transplantes de medula óssea e um **centro de cuidados paliativos**), ensino (o INCA forma recursos humanos para o SUS nas diversas áreas da atenção oncológica), pesquisa (o INCA integra a Rede Nacional de Pesquisa Clínica e a Rede Nacional de Pesquisa sobre o Câncer) e informação sobre o câncer (o INCA coordena o sistema nacional de registros de câncer) (BRASIL, 2013c, p. s/n, grifos nosso).

Antes de tudo, é preciso destacar que esses atendimentos na área de cuidados paliativos iniciaram-se em 1986, no Hospital do Câncer II, através do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. Em seguida no ano de 1989, devido ao número de atendimentos, o programa foi transformado em serviço (Suporte Terapêutico Oncológico, STO), apoiando a ampliação de suas atividades para um programa de visitas domiciliares. Em 1990 foi criado o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto), entidade filantrópica que dava apoio financeiro ao STO e no ano seguinte o INCA inaugurou o primeiro serviço de cuidados paliativos do Hospital do Câncer I (INCA, 2017).

Com o processo de desenvolvimento se consolidando na instituição, no ano de 1998 houve a construção e inauguração da Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, inicialmente descrita de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO). Entretanto, em 2004, a unidade recebeu o nome de Hospital do Câncer IV (HC IV), unificando a nomenclatura dos hospitais do INCA, por solicitação das próprias pessoas acometidas por uma doença avançada e seus familiares que se sentiam excluídos da instituição, quando eram encaminhadas para os cuidados paliativos.

Além disso, no ano de 2008, após um processo de quatro anos, o HC IV tornou-se a segunda unidade assistencial do INCA e a terceira do Ministério da Saúde a receber a Certificação Internacional de acreditação pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pela entidade americana *Joint Commission International*, participando durante quatro anos de uma rede de 140 instituições em todo o mundo, que se compromete a utilizar padrões de gerenciamento e qualidade internacionalmente reconhecidos como ótimos e acessíveis (INCA, 2017).

Assim, ao descrever a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e descentralizada, temos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (CACON), que devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos deverão observar as exigências apresentadas na Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente (INCA, 2017).

Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON precisam “ofertar e orientar tecnicamente **os cuidados paliativos** com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra (BRASIL, 2013c, p. s/n, grifos nosso)”. Assim, na portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 é redefinido os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, definindo as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer atualmente existem 288 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer, sendo que todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. É indispensável acrescentar que às secretarias estaduais e municipais de saúde possuem a responsabilidade de organizar o atendimento na rede assistencial, definindo para que hospitais as pessoas acometidas por uma doença oncológica, que precisam entrar no sistema público de saúde por meio da rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhadas (INCA, 2017).

Ainda, existem estratégias nacionais também para o controle de HIV/ AIDS com referências explícitas sobre os cuidados paliativos. Dessa forma, é possível constatar a inclusão dos cuidados paliativos na política de atenção às pessoas com câncer, HIV/AIDS e pacientes de atenção domiciliar, pois “são necessários para doenças crônicas e ameaçadoras de vida; portanto imprescindíveis em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde, desde os cuidados primários até especializados”, bem como precisam ser compreendidos em todos os níveis de atenção (BATISTE, *et al.* , 2017a, p.23).

Nessa perspectiva, é preciso compreender que muitas mudanças foram necessárias para a construção efetiva das redes de atenção à saúde, que, atualmente, estão descritas em redes temáticas de atenção à saúde, redes de serviço de saúde e redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 em consolidação as normas, consideradas indispensáveis para a trajetória futura com revogação de portarias anteriores, tais como a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2017c). Entretanto, se admite a possibilidade de uma contínua transformação no planejamento, organização e efetivação do sistema público de saúde desde que a meta seja direcionada a saúde da população, melhorando e incentivando um sistema gratuito de atenção à saúde mediante uma justiça distributiva com avanço de pesquisas científicas, disponibilidade de infraestrutura e insumos adequados para todos.

Em face disso, a implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ocorre, atualmente, por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, sendo considerados os agravos de maior magnitude. Por conseguinte, definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da rede de atenção devem estar baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que se tratam, tais como a obesidade, o tabagismo, doença raras, doença renal, entre outras.

Por sua vez, ao se mencionar um exemplo específico como a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, necessita ser respeitada a programação para aquisição dos medicamentos realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2017c).

Até os dias de hoje, no Brasil existem duas associações nacionais em destaque que incluem a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos fundada em 1997 e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) constituída no ano de 2005. Por sua vez, os cuidados paliativos possuem acreditação oficial como subespecialidade em medicina paliativa para os médicos, que iniciou em 2011 e nos dias de hoje está

regulamentada pela resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.149/2016 (CFM, 2016). Enquanto, no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi realizada uma consulta pública sobre o registro de título de pós-graduação *lato e strictu sensu* para enfermeiros, nos primeiros meses do ano de 2017, que sinalizou a inclusão dos cuidados paliativos entre as especialidades. Ao passo que se aguardava o resultado final para a aprovação e consolidação pela Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) do processo em andamento, ou seja, a possibilidade da sua inclusão na lista das especialidades para enfermeiros, muitos profissionais de saúde desenvolviam suas atividades na área específica com conhecimento teórico e prático, buscando suprir as necessidades apresentadas no movimento dinâmico do processo saúde e doença que compõem as realidades cotidianas para todos os seres humanos (ANCP, 2017).

No ano de 2018, o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº421 de 15 de fevereiro de 2012, tornou pública a lista de especialidades do enfermeiro, por área de abrangência, com a terminologia -Enfermagem em Cuidados Paliativos- através da Resolução nº 581, de 11 de julho de 2018 que atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades (COFEN, 2018).

Além disso, é importante explicar que a especialidade -Enfermagem em Cuidados Paliativos- permaneceu na área I constituída pela Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto composta pela Saúde do Homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências (COFEN, 2018).

Com os avanços alcançados até o momento para os cuidados paliativos consideramos imprescindível descrever que a partir do ano de 2013 foi constituído o Grupo de Trabalho dos Cuidados Paliativos, conduzido pela Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de um documento norteador “Desenvolvimento de proposta de linha de cuidado dos cuidados paliativos no âmbito do SUS”, que foi amplamente debatido e no biênio 2017 e 2018 estiveram em intensa construção, com um conjunto de produções que abrangessem as diretrizes

gerais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em rede e os princípios clínicos de cuidados paliativos.

Se por um lado à resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, com pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), dispôs as diretrizes e princípios para a organização dos cuidados paliativos nos cuidados continuados integrados que são ofertados no âmbito da RAS. Por outro lado, é preciso detalhar como ocorre a participação de uma modalidade de atenção – os cuidados paliativos – nos cuidados continuados integrados que são ofertados no âmbito da RAS.

Antes de tudo, partimos da definição apresentada no artigo 2º da resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 que delineiam um modelo de atenção específico para ser integrado em todas as linhas de cuidado que necessitam.

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, **da identificação precoce, avaliação impecável** e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018, p.276 grifos nosso).

Ao passo que se busca uma avaliação adequada com identificação precoce das condições clínicas da pessoa acometida por uma doença que “ameace a vida” para que as futilidades diagnósticas e terapêuticas não se tornem preponderante sobre a integralidade dos cuidados, bem como o “abandono dos cuidados” para um modelo de atenção que reduza o ser humano a um corpo biológico será imprescindível à construção de um percurso em que profissionais com experiências e/ou especialistas continuem contribuindo para a disseminação do conhecimento teórico e prático.

Para que os cuidados paliativos sejam ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, tais como na atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, atenção hospitalar focados no conforto e na dignidade da pessoa, buscando respeitar a diversidade de sistemas morais, alguns limites precisam ser delineados em que o intelecto humano e a sensibilidade devem nos conduzir “a compilar a integração e a síntese entre razão e realidade e assumir,

como condição inevitável de toda ética, a relação entre o homem e seu mundo, entre o eu e a circunstância, como diria Ortega y Gasset” (CALDEIRA, 2003, p.361).

No momento, temos a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 que estabelece diretrizes para a organização dos cuidados paliativos e descreve o financiamento como objeto de pactuação tripartite (União, Estado e Município) através do planejamento e da organização dos cuidados continuados integrados na RAS (BRASIL, 2018). Entretanto, precisamos continuar avançando, pois a trajetória está se desenvolvendo e ampliando-se a partir da necessidade de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, buscando o cuidado integral com a inclusão da finitude da vida pelos profissionais da saúde e sociedade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia em todos os níveis de atenção. Em outros termos, uma Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil que estabeleça diretrizes assistenciais e determine recursos financeiros para a área como ocorre em outros países³⁶ se torna o próximo passo a ser alcançado e efetivado.

A propósito, no código de ética médica algumas informações foram atualizadas para o desenvolvimento de cuidados paliativos adequados a população brasileira, tais como

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2019, p. 28).

Em relação ao código de ética dos profissionais de enfermagem a Resolução nº 564 de 6 de novembro de 2017 aprovou a sua reformulação e foi publicada no

³⁶ Como por exemplo, na Itália, onde os Cuidados Paliativos são um dos “objetivos” do Plano Sanitário Nacional (*Piano Sanitario Nazionale*) a partir do qual se desenvolve um Programa Nacional para realização de estruturas de cuidados paliativos (*Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*), criado com o Decreto do Ministro da Saúde, em 28 de setembro de 1999 (ITÁLIA, 2008). Com o desenvolvimento da rede de *hospice* e cuidados paliativos, surgiu a necessidade de acesso aos medicamentos para controle da dor, sobretudo os opiáceos, e nesse sentido foi discutido e aprovada a Lei n. 38 de 15 de março de 2010, que dispõe sobre o acesso universal aos cuidados paliativos e à terapia da dor, definindo recursos para ampliar a rede assistencial de *hospice* e cuidados paliativos a domicilio (ITÁLIA, 2010).

Diário Oficial da União, apresentando elementos importantes para a atuação dos profissionais em cuidados paliativos como

Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades (COFEN, 2017 p. s/n).

Assim, ao passo que se almeja o desenvolvimento das ações em cuidados paliativos com planejamento nos diferentes níveis de atenção, ponderando sobre as necessidades e especificidades regionais, pressupondo uma atuação multiprofissional é necessário dialogar sobre alguns aspectos importantes para a concretude do respeito à autonomia da pessoa doente e seus familiares. Se por um lado, as decisões devem ser tomadas pela pessoa doente, que se apresenta livre e consciente; por outro é preciso analisar as situações em que há dificuldade de comunicação com comprometimento da liberdade e consciência. Em todas as situações as diretivas antecipadas são possíveis, porém é preciso distinguir a diferença entre testamento vital e mandato duradouro (DADALTO, 2015).

Em relação às diretivas antecipadas de vontade precisamos esclarecer que a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 em seu Art. 4º com princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos afirma

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo; XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV (BRASIL, 2018, p. 276).

Nessa perspectiva, apresentamos a seguir uma abordagem sobre as diretivas antecipadas de vontade, proporcionando uma reflexão da importância de se compreender o processo de morrer e a morte como parte integrante da vida e relacionando aspectos técnicos com conhecimento científico em congruência com a ética e a moralidade das pessoas envolvidas em cada situação de terminalidade.

2.3. Diretivas antecipadas da vontade: testamento vital e mandato duradouro no Brasil

Ao passo que se amplia o desenvolvimento dos cuidados paliativos busca-se um modo para alcançarmos soluções prudentes e responsáveis diante da finitude humana, incluindo todos os aspectos essenciais que compõe a vida de uma pessoa, ou seja, a sua biografia de vida, pois é preciso construir modos de consolidar as escolhas em espaços de autonomia e autodeterminação, destacando a dignidade humana e sua liberdade, que deve estar intrinsecamente relacionados.

Os cuidados paliativos (CP) enquanto “um direito humano básico e um componente essencial de cuidados abrangentes e integrado”, defende que as pessoas em fim de vida tenham acesso aos recursos técnico-científicos e humanos que favorecem o cuidado para a morte digna (BATISTE *et al.*, 2017b, p.45).

Por sua vez, é preciso considerar que para a pessoa doente “exercitar a sua liberdade para praticar um ato de declaração prévia de vontade, no qual manifesta diretivas antecipadas sobre os tratamentos a que deseja ser submetido caso seja portador de uma doença terminal e não possua nesse instante a consciência para exercitar um ato de autonomia” é de fundamental importância assegurar os valores que compõe a existência humana e estão presentes na constituição brasileira (DADALTO, 2015, p. xxx).

Entretanto, destaca-se que é necessário abranger as diferenças entre as diretivas antecipadas, o testamento vital e o mandato duradouro, para a sua utilização de forma aceitável e em coerência com as normas e leis da sociedade brasileira. Inicialmente, é preciso afirmar que ambos os documentos podem ser utilizados no momento em que a pessoa doente “não puder, livre e conscientemente, se expressar – ainda que por uma razão transitória -, ou seja, (...) não se referem exclusivamente a situações de terminalidade” (DADALTO, 2015, p. 88).

O testamento vital “é uma declaração escrita da vontade de um paciente quanto aos tratamentos aos quais ele não deseja ser submetido caso esteja impossibilitado de se manifestar” (LIPPMANN, 2013, p.17). Não há dúvida de que

Sempre haverá pessoas que considerarão preferível a morte a seguir vivendo, por questões que nós não podemos resolver; por exemplo, a doença que leva à invalidez, a dor intratável, o sofrimento psicológico, o risco da indignidade moral, a coerência com o próprio credo religioso,

entre outros. Este é um fenômeno universal: todos querem viver, mas não a qualquer preço (GRACIA, 2010, p. 446).

Diante da morte, entende-se que os valores vitais não podem ser concebidos como mais importante do que a liberdade, a autonomia e pôr fim a dignidade humana, pois no momento em que se ponderam as circunstâncias que os fatos aconteceram é necessário deliberar sobre os diferentes projetos de vida de cada pessoa em que conservar a “vida” se faz à custa de outros valores (religiosos, morais, culturais ou simplesmente biológicos, como a dor ou o deterioramento físico), contrapondo com a concepção de vida estabelecida pela pessoa e sua família.

A partir dessa constatação, é preciso lembrar que nas últimas décadas sucederam várias mudanças na conduta dos profissionais de saúde para a realização da assistência e construção científica na área, pois

De fato, toda a teoria do consentimento informado tem aqui a sua base. O que essa doutrina afirma, é que o paternalismo da época naturalista já não é algo com que se possa contar e que em princípio, e salvo exceções, ninguém pode agir no corpo de outra pessoa sem informá-la disso e receber dela autorização. O restante é simples agressão física, por mais que tenha por objeto procurar para a pessoa algo que o profissional considere um benefício (GRACIA, 2010, p.447).

Em relação ao termo consentimento informado, consideramos nesse texto apenas o fato de ocasionar um debate também às questões relacionadas com o final de vida, em que muitas dificuldades foram apresentadas para a sua aplicação. Se por um lado, muitas situações agudas e críticas não possuem tempo para indagar sobre as crenças e valores das pessoas que se apresentam nessa circunstância. Por outro lado, as pessoas que se encontram em situações crônicas e terminais muitas vezes já não estão em condições de poder expressar seus desejos e preferências (GRACIA, 2010). Assim, foram elaboradas alternativas para solucionar os problemas através de documentos que especificam as atuações que a pessoa acometida por uma doença crônica e irreversível não deseja que sejam realizadas ou as que renunciam, ou seja, são manifestações de vontade da pessoa doente documentada e reiterada ao longo do tempo.

Convém ainda lembrar que para Zubiri (2011, p. 206) “quando as tendências sencientes nos revelam a realidade como determinável, determinando e determinada, então a resposta é vontade”, ou seja, o sentir em seus três momentos de suscitação,

modificação tônica e resposta que permanece estruturado formalmente em apreensão intelectual, em sentimento, e em volição. Todavia, é necessário esclarecer que o autor considera o momento da suscitação como parte do processo e que a impressão ao continuar sendo um ato apreensivo possui caráter estrutural com três momentos a serem assinalados “a afecção do senciente, a apresentação do sentido, isto é, a alteridade (em seu duplo momento de conteúdo e formalidade), e a força com que o sentido se impõe ao senciente”. Dessa maneira, se essa formalidade do sentido consistir em que estiver sentido “seja sentido como algo de ‘seu’, como algo em próprio: é a formalidade de reidade ou realidade” (ZUBIRI, 2011, p. 206-207).

Por sua vez, esses documentos como instrumentos são manifestações que podem ser atendidas por testamento vital (*living wills*), ordens de não reanimação (*do not resuscitate orders*) e mandato duradouro (*Durable Power of attorney*) (GRACIA, 2010). Em relação, ao testamento vital é necessário observar que o fundamento legal é o respeito à autonomia da pessoa doente e “seu direito de decidir sobre os procedimentos médicos que afetem sua integridade corporal e sua saúde” (LIPPMANN, 2013, p.19).

Assim, é possível constatar no código de ética médica, capítulo IV, que é vedado ao profissional:

Art.22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art.23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, **desrespeitar sua dignidade** ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente **o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar**, bem como exercer a sua autoridade para limitá-lo (CFM, 2010, p. 265, grifos nosso).

O médico através de seu código deontológico possui a caracterização de algumas condutas essenciais para o desenvolvimento de suas atribuições como profissional da saúde, negando os velhos esquemas naturalistas em que decidiam pela pessoa o que deveria ser feito ou não e afirmando o respeito à autonomia da pessoa, o direito as informações sobre o seu processo saúde-doença – buscando retirar o paternalismo da relação entre profissional e pessoa doente – proporcionando

um processo de cuidado permeado pelo respeito entre seres humanos com responsabilidade compartilhada através da liberdade e da dignidade.

No artigo 41 do código de ética médica é abordado de maneira esclarecedora que a vontade da pessoa doente deve ser respeitada através do testamento vital e mandato duradouro, pois

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração **a vontade expressa do paciente** ou, na sua impossibilidade, a de seu **representante legal** (CFM, 2010, p. 267, grifos nosso).

Portanto, a pessoa que possui uma doença crônica e em estágio avançado possui a possibilidade de deliberar sobre as ações diagnósticas e seu tratamento terapêutico através de declarações prévias realizadas à equipe e registradas em prontuário ou do seu representante legal, podendo ser “declarada à recusa ao uso de recursos artificiais que apenas prolongariam sua existência, em detrimento de sua qualidade de vida” (LIPPMANN, 2013, p.27).

Assim, em 2012 o Conselho Federal de Medicina “considerando que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo”, reconhece as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes na resolução número 1.995 (CFM, 2012, p. s/n). Entretanto, é preciso pontuar que a resolução aborda de maneira abrangente o testamento vital e o mandato duradouro como tipos de documentos a serem utilizados para a concretude das diretivas antecipadas de vontade, sem registro no cartório e assinatura de testemunhas.

Em consequência disso, é importante lembrar que a justiça brasileira ao analisar a temática decidiu que a ortotanásia é lícita, sendo favorável aos critérios para a sua prática, pois a dignidade da pessoa humana e a autonomia da pessoa estão previstas na Constituição Federal (LIPPMANN, 2013, p. 79). Dessa forma, para a validade do testamento vital em ações judiciais seria importante respeitar alguns requisitos legais, tais como apresentar um documento digitado, impresso e assinado pela pessoa doente sem nenhuma rasura. E, para evitar contestação jurídica, o ideal é que seja assinado pelo interessado e por três testemunhas, ou registrado em cartório

com duas testemunhas, cumprindo os requisitos para testamentos informais, conforme o art. 1.876 do código civil (DADALTO, 2015, p. 39).

Colocar em prática as vontades elencadas no testamento vital pode ser um verdadeiro desafio, pois os familiares e amigos poderão se manifestar contra as decisões colocadas no instrumento, exigindo um posicionamento dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à pessoa doente. Nessas situações conflituosas é essencial um diálogo com todos os envolvidos, contextualizando os argumentos utilizados pela pessoa que redigiu o documento.

Além disso, em algumas situações é possível utilizar o mandato duradouro como um instrumento em que a pessoa doente nomeia “um ou mais ‘procuradores’, que deverão ser consultados pelos médicos em caso de [sua] incapacidade, definitivos ou não, quando estes tiverem que tomar alguma decisão sobre recusa de tratamento” (DADALTO, 2015, p. 91).

Todavia, os escolhidos como procuradores precisam ser consultados e concordarem com as atribuições que serão assumidas, pois essa pessoa deve ter “condições de se manifestar com firmeza e de fazer valer seus [da pessoa doente] desejos em um momento tão difícil e de tanta pressão psicológica, pois esse é um dos aspectos mais importantes para que efetivamente seja cumprida a vontade manifestada” (LIPPMANN, 2013, p. 40).

Além disso, os indicados a procuradores necessariamente devem compreender os valores morais, religiosos, sociais, estéticos, ontológicos e espirituais da pessoa que o escolhe, pois é necessário assumir a responsabilidade perante a sociedade e para si mesmo do processo decisório e único que está a transcorrer, colocando os valores da pessoa que manifestou a sua vontade acima dos seus próprios valores, evitando dificultar os processos de tomada de decisão.

Nessa perspectiva, convém lembrar que o mandato duradouro não é aplicável apenas às situações de terminalidade da vida e por isso deve ser analisado, segundo as circunstâncias dos fatos, demandando uma reflexão sobre a possibilidade de elaboração de “um testamento vital contendo a nomeação de um procurador (mandato duradouro), e, concomitantemente, redigir um mandato duradouro, nomeando o mesmo procurador – para que não haja conflito entre os documentos – a fim de que este possa agir em situações que não envolvam o fim de vida” (DADALTO, 2015, p. 95).

Em face do que já se disse, observa-se que na sociedade brasileira há um delineamento entre a moralidade e o legal em alguns aspectos essenciais para a abordagem da temática, tais como o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como fundamento, o fato de que ninguém deve ser submetido à tortura e nem a tratamento desumano ou degradante e o respeito à autonomia da pessoa.

A suspensão do esforço terapêutico tem suporte, entre nós, na Constituição Federal (art. 1º, III, e art. 5º, III), que reconhece **a dignidade da pessoa humana como fundamento** do estado democrático brasileiro e diz expressamente: **ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante**, no Código civil (art. 15), que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos; na Lei 8080/90 (art.7º, III), que reconhece o **direito à autonomia do paciente**; e no código de ética médica, que repete esses mesmos princípios legais e ainda proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de emergência médica de salvação, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento (LIPPMANN, 2013, p. 87, fls.112/120, grifos nosso)³⁷.

Deste modo, é possível concluir que a resolução do Conselho Federal de Medicina visa proporcionar uma maior segurança ao profissional de saúde ao buscar uma regulamentação sobre os atos médicos relacionados aos limites do uso da tecnologia para a vida humana, ratificando o que já é permitido e ocasionando uma maior transparência a uma prática que já era aplicada, pois segundo a portaria de 30 de março de 2006 sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, atualmente substituída por outra portaria, afirmava o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequadas informações, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, se não acarretasse risco à saúde pública, sendo assegurado o direito de opção pelo local de morte (BRASIL, 2006b).

Em suma, debates e diálogos, por vezes informais e /ou formais, sobre o processo de morrer e a morte foram retomados na sociedade brasileira com o passar dos anos, devido às inovações tecnológicas e o aprimoramento de algumas definições

³⁷Argumentação do promotor de justiça Diaulas Costa Ribeiro, durante a Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal, durante um período de aproximadamente três anos, sendo que em 2011 a sentença é favorável aos critérios para a prática da ortotanásia.

e conceitos na área da saúde, buscando compreender através de argumentações cada vez mais direcionadas aos valores que compõe a vida de cada pessoa, uma movimentação de rompimento de alguns padrões da medicina tradicional. Tais cuidados refletem na abordagem de situações complexas, que se apresentam em um linear tênue entre a noção de vida e morte para cada pessoa, bem como a relevância moral dos atos e omissões praticados pelos profissionais.

Na opinião de Scheler (2012, p. 95),

É preciso ficar bem entendido que os atos puramente espirituais, sua estrutura, seu objeto, sua unidade concreta não podem ser reduzidos à 'vida', qualquer que seja o sentido filosófico que se dê a esta palavra; existe, por conseguinte, toda uma categoria de valores e de atos de apreensão dos valores que são independentes dos valores e dos atos vitais.

Com efeito, é imprescindível refletirmos sobre a interrupção ou omissão do tratamento de “manutenção da vida” de pessoas doentes em estágio terminal, que é permitido no Brasil e a possível aplicação de um medicamento ou auxílio para a finitude da vida, que seriam a eutanásia ativa e o suicídio assistido — ambas criminalizadas no país, pois “vida é essencialmente desdobramento, desenvolvimento, crescimento em plenitude”; não sendo deste modo manifestações estagnadas de meras forças de conservação, que serviriam apenas para reconduzir àqueles considerados ‘desajustados’ ao caminho da plenitude (SCHELER, 2012, p.95).

Questionamentos, dúvidas, dificuldades no acesso às informações sobre a temática apresentada, bem como impressões de realidade diversas com sistemas de valores parciais e contextuais se inserem com a noção de que a

Personalidade é um modo de atualidade de minha própria realidade no campo das demais realidades e de minha própria realidade. E, por isso, a personalidade tem inexoravelmente as inevitáveis vicissitudes do campo de realidade. (...) Assim, as coisas-sentido, que não são puras e simples realidade, são, porém, momentos do constructo de cada coisa com minha vida pessoal. Toda coisa-sentido é um momento constructo da atualidade campal em que consiste a minha personalidade. Mas a minha realidade também tem uma atualidade mundanal; eu sou pessoa, ou seja, personeidade. É algo mais elementar e radical: é personeidade. Como momento mundanal eu sou pessoa, ou seja, personeidade, e como momento campal sou personalidade. E agora se vê que o campal, isto é, a personalidade, é

a própria personalidade campalmente atualizada. Personalidade é a qualificação campal da personalidade (ZUBIRI, 2011, p. 199).

Por um lado, a respectividade campal e mundanal devem ser vistas como duas dimensões diferentes do que é próprio do real, sendo o momento campal constitutivo da formalidade de realidade em transcendência aberta em que cada coisa real funda o campo e este reage em relação às coisas que o determinaram, compondo o momento da transcendência mundanal que afeta o próprio campo. Por outro lado, a personalidade (ser “sua” própria realidade, em ser “seu” próprio “de seu”) e a personalidade são dois momentos de uma realidade pessoal única que precisa configurar o seu ser continuamente pelas ações em que das coisas recebe estímulos e possibilidades de realização, entretanto o impulso último só lhe pode vir de onde vem o “seu” ser (personalidade).

Dessa maneira, concepções de mundo juntamente com fundamentações éticas e morais sobre a prática da eutanásia e suicídio assistido em algumas situações em fim de vida se tornam relevantes ao diálogo e debate, bem como as suas definições vigentes para que se possa aprofundar a compreensão de que “os outros não são respeitáveis porque pensam como eu ou possuem crenças iguais às minhas, mas sim por serem outros, outros seres humanos, outros como eu” (GRACIA, 2010, p.135).

Efetivamente, tanto compreender que os cuidados paliativos abrangem o processo de morrer e morte dos seres humanos integrado a valores éticos que primam o respeito à dignidade humana como distinguir as suas próprias limitações para com essas mesmas vidas, singulares e únicas; torna possível a ponderação sobre a complexidade da noção de vida que, muitas vezes, se contrapõe ao avanço tecnológico e científico na área da saúde e se admite a impossibilidade de mudarmos uma determinada vida de uma maneira que retornasse digna de ser vivida. Logo, delimitar a abrangência dos cuidados paliativos como modalidade de assistência é essencial para que se possa diferenciar a moralidade e, também, a legalidade de atos no limiar do processo de morrer e a morte; bem como admitir em circunstâncias específicas a possibilidade do ato eutanásico e a prática do suicídio assistido.

E, para isso, uma concisa abordagem dos países ocidentais e suas legislações sobre os temas perfazem as próximas linhas, considerando que o delineamento foi disposto a partir do continente americano – América do Norte, Central e Sul – e continente europeu. Todavia, convém lembrar que a escolha de ordenação dos países – pela divisão de continente – se manteve devido aos dados estatísticos apresentados

até o momento sobre a qualidade de morte e a disposição geopolítica em que o Brasil está posicionado, ponderando que a América Latina engloba todos os países da América do Sul e Central em conjunto com o México, enquanto a América Anglo-Saxônica é composta pelos Estados Unidos e Canadá.

3. CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA VOLUNTÁRIA ATIVA E/ OU SUICÍDIO ASSISTIDO EM DIFERENTES PAÍSES.

Com o desígnio de prosseguir, organizando assuntos fundamentais, para o avanço das discussões sobre a temática, iniciamos esse diálogo, abordando a história de John Shields, por ser um contexto vivenciado por muitas outras pessoas comuns, que pertencem a um grupo social – em uma determinada sociedade, bem como uma comunidade –, entrelaçando aspectos importantes e comuns que se mantém em muitas biografias de vida – e neste *modo de* – que almejamos pontuá-los nas linhas que se seguem.

Logo, no dia 29 de maio de 2017, a sua história de vida relacionada a um processo saúde - doença é narrada no jornal *New York Times* em duas páginas inteiras, sendo que a sua foto é capa central dessa edição com a seguinte frase “*Celebrating at his own wake*” através de uma linguagem clara e harmoniosa sobre o preparo da sua morte, após momentos de muito sofrimento descrito como intoleráveis para ser suportado em vida. O senhor Shields afirmava que morrer abertamente e sem medo poderia ser o legado mais significativo – o que dizia algo sobre a essência da pessoa humana.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que foi uma pessoa com uma trajetória de vida direcionada à comunidade e aos cidadãos, sendo um ativista de direitos civis, realizou também trabalhos sociais voltados para mulheres grávidas solteiras, muitas das quais queriam abortos ilegais. Ao ampliar a sua visão sobre a complexidade da vida com as suas peculiaridades, deixou de lado os vestígios da doutrina católica como sacerdote, direcionando-se como membro ativo no movimento de direitos civis, conhecendo o Rev. Dr. Martin Luther King Júnior, que o estimulou na sua percepção sobre a necessidade de transformações sociais.

Assim, concorreu com sucesso para presidente do Sindicato dos Funcionários do Governo da Colúmbia Britânica - que, ao longo de seu mandato de 14 anos, cresceu em mais de 20.000 membros para cerca de 58.700, sendo conhecido como uma pessoa de mente aberta e infalivelmente ética demonstrava muita satisfação de garantir o pagamento igual das mulheres na união. Além disso, participou do movimento de inclusão de 7.191 acres de proteção ambiental.

Todavia, no outono de 2015 a família recebeu a notícia de que o senhor Shields apresentava uma doença rara e incurável conhecida por amiloidose, que provoca a

acumulação de proteínas em seu coração e danifica dolorosamente os nervos em seus braços e pernas. Indubitavelmente, após o diagnóstico, o Sr. Shields começou a estudar sobre a doença que estava deteriorando o seu corpo e buscando as possibilidades para manter a sua independência, não permanecendo preso a ele. Ao passo que o seu prognóstico se tornava concreto com sofrimentos intoleráveis, averiguou pela internet o que seria “coquetéis que terminam a vida”.

No momento em que a doutora Green visitou o senhor Shields na casa do casal em dezembro de 2016, a neuropatia do Sr. Shields havia progredido tanto que seus pés estavam permanentemente entorpecidos e cobertos de feridas. Ele usava luvas de couro nas mãos e havia perdido toda a sensibilidade, sendo que a sua pele se apresentava com intenso processo de coceira, bem como ele não podia mais engolir alimentos secos e estava com episódios de vômito regulares.

O Sr. Shields destacou, durante a visita da doutora Green, que vivenciou uma pessoa querida morrer de uma doença dolorosa e incapacitante e não queria enfrentar um final semelhante. As suas palavras foram “uma qualidade de vida que é importante para mim é a minha dignidade - e poupar ansiedade para minha esposa e filha”. Tornar-se debilitado e ser alimentado por tubo era inaceitável para ele. “Todas essas coisas dolorosas e degradantes”, disse ele, “eu considereei além do limiar de como eu gostaria de viver” (PORTER, 2017, p. 6).

Ao observar que a sua esposa e a sua filha estavam atormentadas com o declínio do seu processo saúde-doença, ele pediu o início de uma nova rotina familiar. Toda quarta-feira, eles acendiam as velas da sala de jantar, colocavam a mais bonita cerâmica e talheres e dialogavam sobre o sofrimento, a ansiedade e a raiva que eram ocasionadas pelo processo de morrer e morte a partir de uma doença dolorosa e incapacitante. Dessa forma, começaram também a discutir os planos para sua morte, trazendo para as circunstâncias vivenciadas um resultado positivo, pois se sentiam mais próximos. A afirmação do senhor Shields com uma singela e harmoniosa frase sintetizou o seu modo de compreender o seu percurso em fim de vida: “O que poderia ser mais significativo do que o planejamento para o fim de sua vida?” (PORTER, 2017, p. 6).

Enquanto ele buscava o seu equilíbrio nesse processo, concentrou sua energia em uma oficina que sua esposa ajudou a organizar “*Living Well, Dying Well*”, que significa em português “Viver bem, Morrer bem” em que o senhor Shields dialogava

abertamente sobre o seu processo de morrer e morte, contribuindo para ampliar a discussão sobre a temática e fazendo novos amigos.

É importante dizer que ele não havia agendado o dia da sua morte até o momento, pois esperava viver até a primavera do ano de 2017 para ver as flores de verão surgirem em seu jardim. Entretanto, em uma noite do mês de fevereiro – menos de duas semanas depois que teve a sua solicitação aprovada para morrer assistido pelos trâmites canadenses – o Sr. Shields despertou em um estado delirante, após a sua soneca em sua cadeira marrom favorita na sala de estar. A sua esposa comentou que "ele era totalmente incoerente" nos seus diálogos e uma enfermeira do *Victoria Hospice* foi até a casa do casal, no meio da noite, colocando um cateter intravenoso em seu braço para que sua esposa pudesse administrar os medicamentos.

Todavia, na manhã seguinte três pessoas ao tentarem levá-lo ao banheiro, perceberam que ele estava com muita dor e que a família não teria mais condições de cuidar dele em casa. Em seguida, ele foi transferido para um quarto no *Hospice*. Durante os próximos dias, a dor do Sr. Shields esteve cada vez pior e nenhum dos tratamentos usuais funcionava, permaneceu fraco, perdeu peso e continuou em estado delirante.

Isso tudo, preocupou a família já que os novos regulamentos aprovados pelo governo canadense para a morte assistida, exigem que os participantes estejam na faixa etária considerada para adultos e que, além de permanecerem em um estado avançado de uma "condição médica grave e irremediável", outros aspectos precisavam ser considerados, após a mudança no seu quadro clínico. Se por um lado, seu sofrimento deve ser intolerável e sua morte natural "razoavelmente previsível" – advém a delimitação de que pessoas com doenças crônicas em longo prazo não são elegíveis, a menos que estejam perto da morte. Por outro lado, as mesmas pessoas doentes também devem ser consideradas mentalmente capazes de consentir o procedimento, momentos antes de se concretizar, contrapondo o respeito a sua decisão antecipada e ocasionando, em alguns casos, situações intrincadas com a retirada automática e/ou imediata de pessoas acometidas por determinadas doenças – tais como, a demência e algumas condições clínicas agudas que se tornam crônicas e imutáveis –, mesmo que haja o consentimento prévio.

Entretanto, com o passar dos dias e o uso de lidocaína houve uma melhora do seu quadro clínico. Pela primeira vez em meses, o Sr. Shields dormiu durante a noite e seus pensamentos tornaram-se visivelmente mais claros. E a sua esposa

impulsionada por sua melhora, esperava que ele pudesse adiar a sua morte, nesse momento, agendada para o dia 24 de março de 2017. Irredutível, ele relatou que "não importa como eu olhei para isso, eu vi dor" e "não importa como eu olhei minha vida neste momento, vejo sofrimento pessoal e físico insuportáveis" e "eu não quero mais sofrer" (PORTER, 2017, p. 6). Assim, a sua esposa, aceitando os seus argumentos, enviou um convite por *e-mail* para selecionar os amigos que estariam presentes na festa de despedida do senhor Shields, conforme o seu planejamento. A festa foi intitulada por "*John's Farewell Party*" e foi realizada na noite anterior a sua morte com um jantar no solário do *Hospice* com amigos, sendo o ambiente decorado com vasos de margaridas simples e narcisos e espalhadas com cartões, cada um dos quais estava escrito uma das citações favoritas do Sr. Shields em tinta colorida.

Na manhã seguinte foi realizada a eutanásia voluntária ativa na presença das cinco pessoas que ele pediu que estivessem presentes: a sua esposa, a sua enteada, o Sr. Skovgaard, a Sra. Fox e a Sra. Allport, que supervisionavam a cerimônia de morte, bem como alguns membros da equipe de saúde conforme a legislação canadense. Ao entrarem em seu quarto, o Sr. Shields cumprimentou-os com um sorriso e cada um realizou a sua despedida antes da administração dos medicamentos, seguindo o ritual planejado e sendo vivenciado com serenidade e tranquilidade para que todos pudessem expressar os seus sentimentos e despedidas nesse momento único do senhor Shields e sua família.

Certamente, um ritual de morte vivenciado de maneira harmoniosa que proporcione a todos os envolvidos uma oportunidade de expressar os seus sentimentos, juntamente, com as suas perdas, inseguranças e estigmas fortalecem uma abordagem em fim de vida em que o respeito e a concepção de cada pessoa sobre o encerramento do seu ciclo vital pertencem a sua dignidade.

Com efeito, em decorrência das alterações realizadas na legislação do Canadá, que oferece a oportunidade às pessoas de terem uma morte digna, a doutora Green comentou que ela e seus colegas estão observando que a lei está mudando não só o método de morrer e sim os rituais em torno dele, pois muitas pessoas em estágio avançado e irreversível de uma doença estão planejando festas de despedidas, solicitando refeições especiais e escolhendo morrer em casa. Ela acredita que "você não julga uma civilização por suas riquezas, mas por como ela trata seus vulneráveis" e afirma que "considero que isso é uma marca de nossa humanidade", assim afirma que exercita "o contínuo cuidado de ajudar as pessoas" (PORTER, 2017, p. 7).

Desta forma, a partir desse breve relato de processo de morrer e morte de uma pessoa canadense que faleceu no dia 24 de março de 2017 com um ritual planejado e respeitoso na presença das pessoas envolvidas pela situação, buscamos descrever, na sequência, os critérios elaborados e efetivados através de legislações nos países do continente americano e europeu para um processo de morrer e morte com dignidade.

3.1. Canadá

Após um longo debate realizado no país, em fevereiro de 2015, o Supremo Tribunal do Canadá decidiu que os artigos do código penal os quais proibiam a assistência médica ao morrer não seriam mais válidos, sendo que a suprema corte apresentou ao governo um prazo até seis de junho de 2016 para elaborar uma nova lei. Em decorrência disso, o governo federal aprovou, durante o prazo estipulado, a legislação que permite que adultos canadenses elegíveis solicitem assistência médica ao morrer (CANADÁ, 2017a).

Ao contrário dos Estados Unidos em que existem leis similares em alguns estados, o sistema canadense determina que a categoria médica e de enfermeiros (nas províncias onde é permitido) são os profissionais de saúde responsáveis para deliberar a possibilidade de um paciente se tornar elegível à prática do ato, bem como possuem o dever de supervisionar a administração da medicação letal. Por sua vez, é importante destacar que os profissionais de saúde não estão legalmente obrigados a participar do ato devido ao amparo existente na objeção de consciência; todavia, nas províncias – os médicos e enfermeiros – são orientados a encaminhar essas pessoas para colegas que o fazem (POTER, 2017).

Em consequência disso à maioria das províncias e territórios desenvolveram sistemas de coordenação de cuidados para auxiliar as pessoas doentes a obter informações sobre esse serviço. Além disso, o governo federal está trabalhando com províncias e territórios para apoiar o acesso e os encaminhamentos para a assistência médica em cuidados de fim de vida.

No país, existem disponíveis dois tipos de assistência médica para morrer em que é obrigatória a inclusão de um médico ou enfermeiro apto para a realização dos procedimentos que:

- Administra diretamente uma substância que causa a morte, como uma injeção de uma droga, sendo que anteriormente era conhecido como eutanásia voluntária e, atualmente, está se tornando público como assistência médica assistida pelo clínico ao morrer.
- Fornece ou prescreve um medicamento que a pessoa elegível toma, a fim de provocar sua própria morte e, nesse caso, era manifestado como suicídio com assistência médica ou suicídio assistido e está se tornando conhecido no momento como assistência médica auto administrada ao morrer (CANADÁ, 2016).

Neste espaço de categorias profissionais é preciso mencionar também a responsabilidade do farmacêutico que prepara as substâncias para a administração conforme as leis da província, sendo um membro importante e considerado apto para a participação do processo.

Além disso, no transcorrer de todo o processo ainda se observar um outro aspecto a ser citado – a mudança no uso de terminologias para o ato em si no país – evidenciando a transformação da moralidade das pessoas que compõe essa sociedade, desde profissionais na área da saúde às pessoas que necessitam desses cuidados específicos em momentos de extrema sensibilidade e vulnerabilidade, pois o respeito à vida e a morte são necessários durante todo o ciclo vital da pessoa, bem como o respeito à autonomia. Por sua vez, as pessoas para serem consideradas em condições graves e irremediável, precisam atender os seguintes critérios:

- Apresentar uma doença severa ou desabilitante;
- Estar em um estado avançado de declínio que não pode ser revertido;
- Sentir um sofrimento físico ou mental insuportável por sua doença ou estado de declínio que não pode ser aliviado nas condições que se considera aceitável.
- Estar em um momento em que a sua morte natural se tornou razoavelmente previsível; sendo consideradas todas as circunstâncias médicas e não exige um prognóstico específico quanto ao período de vida, entretanto não pode estar muito distante (CANADÁ, 2016).

Assim, não é necessária uma condição fatal ou terminal para ser elegível para assistência médica ao morrer, todavia a pessoa precisa, ser maior de dezoito anos,

estar mentalmente competente e capaz de tomar decisões no momento do seu pedido e antes da assistência médica ao morrer. Em decorrência disso, o médico ou o enfermeiro devem pedir a confirmação da escolha antes de sua administração (CANADÁ, 2016).

Deve-se acrescentar que os médicos e profissionais de enfermagem são encorajados a entrar em contato com seu órgão regulador provincial ou territorial para obter informações sobre diretrizes específicas para a realização de tais cuidados, pois embora a legislação federal estabeleça os critérios de elegibilidade e as salvaguardas relacionadas à assistência médica na morte que estão em vigor em todo o Canadá, são as províncias e os territórios responsáveis pela prestação de serviços de saúde e a administração da justiça (CANADÁ, 2017a).

Ao passo que a legislação federal garante uma abordagem consistente em todo o Canadá, as políticas e processos específicos relacionados à implementação e monitoramento da assistência médica ao morrer variam de acordo com as jurisdições de cada província e seus territórios. Não há dúvida de que essas diferenças geralmente são reflexos dos contextos geográficos, regulamentares e culturais únicos das jurisdições.

Dessa forma, o profissional médico ou profissional de enfermagem, que se apresenta apto para fornecer a uma pessoa assistência ao morrer, precisa verificar se

- a pessoa possui todos os critérios estabelecidos na lei;
- o pedido de assistência médica da pessoa ao morrer foi feito por escrito com assinatura e datado pela pessoa doente ou por outra pessoa a partir da reverência dos termos assinalados na lei, sendo que a assinatura e a data devem acontecer depois que a pessoa foi informada da sua condição grave e irremediável;
- estar confirmado de que o pedido foi assinado e datado pela pessoa - ou por outra pessoa nos termos da subsecção da lei - antes de duas testemunhas independentes que então também assinaram e dataram o pedido;
- garantir que a pessoa tenha sido informada de que pode, a qualquer momento e de qualquer forma, retirar o pedido;
- garantir que outro médico ou profissional de enfermagem tenha fornecido uma opinião escrita que confirme que a pessoa atende a todos os critérios estabelecidos na subsecção da lei;

- estar confirmado de que o outro médico ou enfermeiro a que se refere o parágrafo acima sejam independentes;
- garantir que haja pelo menos 10 dias entre o dia em que o pedido foi assinado e o dia em que a assistência médica ao morrer é fornecida, exceto se ambos os profissionais possuem a opinião de que a morte da pessoa, ou a perda de sua capacidade de fornecer consentimento informado, é iminente;
- imediatamente antes de fornecer assistência ao morrer, é preciso fornecer à pessoa doente a oportunidade de retirar seu pedido e garantir que a pessoa forneça o seu consentimento expresso para receber assistência ao morrer; porém se a pessoa tiver dificuldade em se comunicar, é preciso estabelecer medidas necessárias para fornecer um meio confiável que a pessoa possa entender as informações fornecidas e comunicar a sua decisão (CANADÁ, 2016).

Ainda que a província elabore as formas de condução do cuidado ao morrer é preciso que o Ministério da Saúde estabeleça regulamentos que:

- respeite a provisão e cobrança de monitoramento da assistência ao morrer, através de informações relativas aos pedidos e à provisão do fornecimento dessa assistência, incluindo informações a partir das várias etapas do percurso, por profissionais médicos ou enfermeiras profissionais e farmacêuticos, ou pela representação de categoria de um deles;
- planejem a forma, a maneira e a hora em que as informações devem ser relevadas com a designação de uma pessoa como representante e responsável pela coleta de informações dos forenses e examinadores médicos;
- assegure o respeito no uso dessas informações, incluindo a sua análise e interpretação, sua proteção e sua publicação e divulgação (CANADÁ, 2016).

Em consequência disso, já foi realizado um relatório sobre os óbitos relacionados à morte assistida por medicamentos, sendo que no Canadá a maioria das jurisdições foi capaz de fornecer dados para o Ministério da Saúde a partir do dia 17 de junho de 2016 a 31 de dezembro de 2016. Dessa forma, em relação às pessoas que receberam assistência ao morrer através dessa lei, nesse período, foi possível verificar que os casos estavam relacionados ao câncer (neoplasia), as doenças

neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica) e as doenças cardiovasculares/respiratórias. Todavia, o câncer foi à condição clínica mais citada associada a uma morte assistida, representando aproximadamente 57% de todos os casos de morte assistida entre as jurisdições desse relatório (CANADÁ, 2017b).

Por sua vez, ainda foi possível averiguar que, nesse período, há diferentes configurações na forma com que a assistência ao morrer através de medicamentos é fornecida, variando consideravelmente entre as jurisdições. Ao passo que, na Colúmbia Britânica e Manitoba, a maioria das mortes assistidas ocorreu em casa, em contraste com Ontário, onde a maioria aconteceu em hospitais. Os fatores que podem contribuir para esses aspectos incluem, por exemplo, a preferência das pessoas doentes, as barreiras institucionais para fornecer assistência médica ao morrer em hospitais em algumas jurisdições, a falta de infraestrutura para fornecer esse serviço na comunidade, entre outros (CANADÁ, 2017b).

Em face do que já se disse, é preciso destacar que a recusa pública temida por muitos médicos contra a lei nunca se materializou; porém, muitos médicos que optaram por participar fizeram em silêncio, pedindo as pessoas doentes em fim de vida que retirassem os seus nomes dos seus obituários. Todavia, a exceção ocorreu na Ilha de Vancouver, onde a doutora Green e muitos de seus colegas anunciam o serviço e publicam seus endereços de *e-mail* e números de telefone *online* (PORTER, 2017).

3.2. Estados Unidos

Os atos de obtenção e autoadministração de medicamentos letais a pessoas acometidas por uma doença terminal se apresentam legalizados de forma explícita nos seguintes estados do país: Oregon (1997), Washington (2008), Vermont (2013), Colorado (2016), Califórnia (2016), Washington, DC (Federal District – 2017), Hawaii (2018), New Jersey (2019) e Maine (2019). Enquanto, que a eutanásia voluntária é criminalizada em todo o país.

Em relação a Montana a legislação não é muito bem regulamentada, segundo a suprema corte as pessoas devem ser adultas, mentalmente competente e portadores de doenças terminais para solicitar a medicação letal. Além disso, o ato é

assegurado pelos direitos de privacidade e dignidade estabelecidos pela constituição. Entretanto, isso tudo se concretizou após o caso de Robert Baxter, um caminhoneiro aposentado de 76 anos, portador de uma forma terminal de leucemia linfocítica, que por uma decisão judicial em 2009 conseguiu o direito de morrer assistido – impedindo a acusação de médicos que amparam as pessoas doentes em fase terminal a morrer –, pois tais processos segundo a corte violariam a constituição do estado (CASTRO, 2016).

É importante ressaltar que, para o processo de legalização, os eleitores de Oregon aprovaram o "*Death with Dignity Act*" em 1994, sendo transformado em lei no ano de 1997. Para realizar o pedido de uma receita de medicamento letal é obrigatório as pessoas serem residentes de Oregon e apresentarem 18 anos ou mais, bem como demonstrarem a capacidade de conseguir fazer e comunicar decisões de cuidados em saúde e estarem com um diagnóstico de doença terminal que levará à morte dentro de seis meses (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017).

No momento em que as pessoas possuem esses requisitos, se tornam elegíveis para solicitar uma receita para medicação letal de um médico licenciado em Oregon, necessitando completar os seguintes critérios:

- A pessoa deve fazer dois pedidos orais ao seu médico, em um intervalo de pelo menos 15 dias;
- A pessoa precisa fornecer um pedido por escrito ao seu médico, assinado na presença de duas testemunhas;
- O médico que irá prescrever a medicação letal e o médico consultor devem confirmar ambos o diagnóstico e prognóstico;
- Os dois médicos devem determinar se a pessoa é capaz;
- Se um dos médicos constatar que o julgamento da pessoa é prejudicado por uma doença psiquiátrica ou transtorno psicológico, ela precisa ser encaminhada para uma avaliação e tratamento psicológico;
- O médico deve informar a pessoa sobre as alternativas, incluindo cuidados de conforto, cuidados em *hospice* e controle da dor;
- O médico deve solicitar (mas não pode exigir) que a pessoa doente comunique os parentes mais próximos da sua tomada de decisão (OREGON HEALTH AUTHORITY, 2017).

A propósito, os médicos devem informar ao *Oregon Health Authority* (OHA) todas as prescrições realizadas para medicamentos letais, porém os relatórios não são necessários no início do processo de solicitação, pois as pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e irreversível durante esse período não recebem a receita com a medicação letal, bem como os farmacêuticos precisam ser informados sobre o uso pretendido da medicação, quando prescrita (OREGON HEALTH AUTHORITY, 2017).

É importante esclarecer que os profissionais de saúde e as pessoas que optam pelo procedimento, respeitando os requisitos colocados pela lei estão protegidos contra processos penais e a sua escolha não deve afetar os possíveis seguros de vida, por exemplo. Além disso, os médicos, os farmacêuticos e os sistemas de cuidados de saúde não são obrigados a participar do processo de *Death with Dignity Act* (DWDA).

Por sua vez, o *Washington Death with Dignity Act* está vigente no estado desde 5 de março de 2009 e foi elaborado de forma semelhante à legislação de Oregon em que o Departamento de Saúde da Washington fornece informações sobre a lei, pedidos e formulários de conformidade para *download* e relatórios anuais sobre o seu uso (DEATH WITH DIGNITY WASHINGTON, 2019).

Além disso, do ano de 2009 a 2016 o estado de Washington identificou 938 pessoas em estágio terminal de uma doença que receberam a receita médica e 651 morreram após a ingestão da medicação (DEATH WITH DIGNITY WASHINGTON, 2019).

Em Vermont a legalização ocorreu em 20 de maio de 2013 pelo Ato 39 – relacionado ao “*The Vermont Patient Choice and Control at the End of Life Act*” e entrou em vigor no mesmo ano, sendo que a lei de Vermont é muito semelhante à lei de Oregon e *Washington Death with Dignity Acts* em oferecer opções de fim de vida com fortes salvaguardas contra o abuso (DEATH WITH DIGNITY VERMONT, 2019).

Tais cuidados em fim de vida, na Califórnia foram submetidos no senado em 2015 com *The End of Life Option Act*, entrando em vigor em 9 de junho de 2016, sendo elaborado também a partir da lei de Oregon (CALIFORNIA, 2016).

Em seguida, os eleitores do Colorado aprovaram no dia 8 de novembro de 2016, a proposição 106, que é a *End of Life Options Act*, entrando em vigor em 16 de dezembro de 2016 com os mesmos critérios de elegibilidade que a lei de Oregon (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017).

No Distrito de Columbia (Washington, DC) em janeiro de 2015 a representante do Conselho Mary Che, introduziu a B21-0038 referente a legislação da morte com dignidade às pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e degenerativo. Por sua vez, no dia dez de julho do mesmo ano ocorreu uma audiência no Comitê de Saúde e Serviços Humanos em que o conselho obteve conhecimento, no mesmo dia, do resultado de uma pesquisa, conduzida pela Lake Research, mostrando que 67% dos washingtonianos se posicionavam favoráveis a morte com dignidade exposta pelo projeto. Dessa forma, pela primeira vez – em uma sessão do Conselho – um projeto de lei que aborda a Morte com Dignidade foi considerado e debatido na capital do país (DEATH WITH DIGNITY DISTRICT OF COLUMBIA, 2019).

Em síntese, o projeto de lei foi aprovado na Comissão de Saúde e Serviços Humanos em 5 de outubro de 2016, com uma votação de 3 a 2. Em relação ao impacto fiscal do projeto, os membros do Conselho analisaram em 18 de outubro e o aprovaram com onze votos a dois. É importante descrever que houve mais duas sessões que transcorreram com a mesma votação, no dia primeiro de novembro e em quinze de novembro de 2016 (DEATH WITH DIGNITY DISTRICT OF COLUMBIA, 2019).

Portanto, o projeto foi aprovado na leitura final em 15 de novembro de 2016, de 11 a 2 e foi assinado pelo prefeito em 19 de dezembro de 2016; sendo assim, transferido para o Congresso dos Estados Unidos em seis de janeiro de 2017 para uma revisão obrigatória de trinta dias (DEATH WITH DIGNITY DISTRICT OF COLUMBIA, 2019).

Efetivamente, a Lei 21-182 de DC, entrou em vigor em 18 de fevereiro de 2017 e se tornou aplicável a partir de 6 de junho de 2017, permitindo as pessoas adultas em estágio terminal de uma doença concluir, voluntariamente, a sua vida e solicitar as doses letais de medicamentos aos médicos licenciados no Distrito (MD / DO). Todavia, se esclarece que vários critérios compõe o ingresso de uma pessoa no percurso de uma morte com dignidade, por exemplo, a necessidade de serem residentes no Distrito de Columbia, bem como apresentarem um prognóstico clínico com menos de seis meses de vida (DC HEALTH, 2019).

Além disso, houve a construção de três módulos educacionais que descrevem as responsabilidades de médicos, pacientes e farmacêuticos relacionados à Lei de Morte com Dignidade do Distrito de Columbia de 2016, sendo divulgado pelo portal

DC Health (2019), juntamente, com todos os relatórios anuais e informações importantes sobre normas, regimentos, documentações e contatos acessíveis à população.

Em relação ao Havaí (1999-2019) foram empregados, aproximadamente, duas décadas de debates para a aprovação de uma lei de morte com dignidade, sendo que no dia primeiro de janeiro de 2019 entrou em vigor a Lei *Our Care, Our Choice Act*. Nesta trajetória se verifica a aprovação do projeto de lei em 23 de março de 2018 pela Comissão de Justiça do Senado com uma votação de 4 a 1, enquanto o Senado confirmou a aprovação do projeto de lei em 29 de março de 2018 por 23 votos a 2, sendo que o governador do Havaí, David Ige, assinou a lei em 5 de abril de 2018. No entanto, a legislação – traduzida para a língua portuguesa – “Nosso Cuidado, Nosso Ato de Escolha” se concretizaram em 2019 com a adição de salvaguardas na lei original com o SB 536 proposto em uma sessão legislativa (DEATH WITH DIGNITY HAWAII, 2019).

Por sua vez, é importante mencionar que a legislação possui quarenta e uma páginas em que se detalhe a especificidade de cada terminologia citada para que não haja salvo enganos na interpretação do conteúdo exposto, bem como uma minuciosa descrição de responsabilidades nas mais diversas categorias profissionais com os devidos encaminhamentos e adequadas infraestruturas para o atendimento dos residentes no Havaí, exclusivamente, pessoas em uma faixa etária de 18 anos ou mais de idade e diagnosticados com uma doença terminal com um prognóstico de seis meses ou menos para viver. O acompanhamento habitual de cada caso é considerado de suma importância, pois a obtenção de uma receita de auxílio para a morte precisa estar vinculado a dois pedidos verbais realizados pela pessoa a um médico – respeitando um intervalo de tempo –, juntamente, a uma solicitação por escrito com uma testemunha e uma avaliação de saúde mental para garantir que a mesma seja capaz de tomar decisões médicas (DEATH WITH DIGNITY HAWAII, 2019).

Ao passo que se analisavam os possíveis problemas éticos a serem oriundos da legislação e dos sistemas morais vigentes, a equipe do Departamento de Saúde buscou incentivar os profissionais a desenvolver políticas e procedimentos que informassem aos pacientes sobre todo o espectro de alternativas, incluindo os manejos clínicos para sintomas agudos, bem como persistentes e intoleráveis e o

estabelecimento de fluxos de trabalho para encaminhamentos oportunos e apoio clínico (STATE OF HAWAII, 2019).

Pode-se dizer que ocorreram amplos esforços relacionados a educação, a comunicação e a divulgação sobre a lei pelo Departamento de Saúde no Havaí aos provedores de assistência médica, socorristas e outras pessoas em todo o estado. No site governamental do departamento de saúde é possível verificar a sua adesão em eventos de Educação Médica Continuada realizados no início de 2019, além de eventos de educação clínica para outras partes interessadas que aconteceram no final de 2018 e durante o ano de 2019.

Isso tudo, compõe um foco essencial dos esforços educacionais do departamento para que haja uma divulgação de todas as alternativas disponíveis aos pacientes e um fidedigno incentivo aos mesmos na compreensão da Lei – Nosso Cuidado, Nosso Ato de Escolha –, construindo um processo de morrer e morte com autonomia e liberdade de escolha em que se possa considerar a inserção em um programa de cuidados paliativos para o tratamento da sua dor e sofrimento.

Com efeito, se verifica que a navegabilidade no site oficial do Departamento de Saúde também está sistematizada de forma simplificada com a disponibilidade de recursos online para o público em geral e prestadores através de formulários e conteúdos explicativos para *download* relacionados ao *Our Care, Our Choice Act*. Por sua vez, os formulários e a documentação do provedor – após o preenchimento – precisam ser enviados ao departamento mencionado, assegurando as devidas informações aos relatórios anuais de acordo com a lei (STATE OF HAWAII, 2019).

A propósito, no estado de New Jersey também está em vigor a assistência para o processo de morrer e morte de pessoas que se inserem na faixa etária de dezoito anos ou mais que estão acometidas por uma doença irreversivelmente fatal – doença ou condição com prognóstico – sendo avaliado por uma equipe de profissionais, juntamente, a uma expectativa de vida de seis meses ou menos.

Neste estado a legislação intitulada – *Aid in Dying for the Terminally Ill Act* – foi introduzido na Assembleia de Nova Jersey em 9 de janeiro de 2018 através do A1504, sendo encaminhado ao Comitê de Saúde e Serviços Sênior da Assembleia de Nova Jersey e, posteriormente, transferido para o Comitê Judiciário. Em 12 de março de 2018, o Comitê aprovou o projeto de lei com a votação de 5 a 2, retornando à Assembleia que acatou a decisão no dia 31 de janeiro de 2019. Em paralelo houve um encaminhamento do projeto de lei complementar, S1072, *New Jersey Aid in Dying*

for Terminally Ill Act, apresentado em 22 de janeiro de 2018 no Senado e dirigido ao Comitê de Saúde, Serviços Humanos e Idosos do Senado de Nova Jersey, que em 7 de fevereiro de 2019 foi aprovado por seis votos a três (DEATH WITH DIGNITY NEW JERSEY, 2019).

Em seguida, no dia 25 de março de 2019, ocorreu uma votação no plenário S1072 / A1504, em que o auxílio na morte pela lei em doenças terminais teve a aprovação em ambas as câmaras, na Assembleia 41 votos a 33 e no Senado 21 votos a 16. Embora, o governador Murphy tenha assinado a lei na sexta-feira do dia 12 de abril de 2019 ocorreram alguns obstáculos legais – emissão de uma ordem de restrição temporária sobre a nova lei – para que a implementação da mesma fosse interrompida pelo menos até 23 de outubro de 2019 (DEATH WITH DIGNITY NEW JERSEY, 2019).

Pois bem, durante o transcurso das questões legais, o Tribunal de Apelação de Nova Jersey suspendeu no dia 27 de agosto de 2019 essa ordem de restrição temporária do auxílio à morte pela lei de doenças terminais e, após algumas horas, a Suprema Corte de Nova Jersey negou a apelação realizada devido a decisão da Corte de Apelação (STATE OF NEW JERSEY, 2019).

Com a aprovação da lei, a Assistência Médica ao Morrer pela Lei de Doentes Terminais (às vezes chamado de "MAID") incluem um médico assistente, que possui a responsabilidade primária pelo tratamento terapêutico de uma pessoa acometida por uma doença em estágio avançado e terminal, bem como um consultor médico que a examina e verifica os seus registros médicos. Neste interim, se averigua a existência de uma confirmação por escrito do diagnóstico de uma doença terminal e da capacidade mental do mesmo realizada pelo médico assistente, juntamente, com a ação voluntária para a decisão de solicitar o medicamento letal. Vale dizer, que a obtenção de uma receita do medicamento está sempre atrelada a tomada de decisão informada (STATE OF NEW JERSEY, 2019).

A propósito, o pedido de medicação deve ser feito duas vezes por via oral e uma vez por escrito – em um intervalo mínimo de quinze dias –, sendo o pedido por escrito assinado e datado pelo paciente e testemunhado por pelo menos duas pessoas que atestam que o paciente é capaz e age voluntariamente. Ainda, uma dessas testemunhas, necessariamente, precisa ser uma pessoa sem relação alguma com o paciente, ou seja, sem qualquer tipo de vínculo e que não tenha direito a qualquer parte do seu patrimônio; inclusive, não é permitido pela legislação que a

equipe de saúde se disponibilize para a participação como testemunha. Assim, é possível mencionar que, por exemplo, o proprietário, o operador, o empregador ou o residente de um estabelecimento de saúde no qual o paciente está recebendo tratamento médico, bem como o médico assistente estão proibidos de exercer esse encargo (DEATH WITH DIGNITY NEW JERSEY, 2019).

Apesar da legislação em vigor tornar público os seus objetivos diante do processo de morrer e a morte na proteção de adultos que se encontram vulneráveis aos possíveis abusos, mediante a sua doença, – proporcionando informações e conhecimento aos mesmos, aos profissionais de saúde e aos defensores dos pacientes que prestam o seu apoio – na busca de garantir um processo totalmente voluntário por parte de todos os participantes, incluindo pacientes e prestadores de cuidados de saúde que prestam assistência a pacientes que estão morrendo; a Sociedade Médica de Nova Jersey permanece oposta à morte com dignidade (STATE OF NEW JERSEY, 2019).

No Maine, por exemplo, as organizações sem fins lucrativos – tais como *It's My Death* localizada em *Wiscasset* e, atualmente, interligada à *Maine Death with Dignity* – contribuíram para a implantação de uma legislação com estatuto para a morte integrada a valorização da dignidade. Os diversos obstáculos advindos da própria complexidade de ideias sobre o processo de morrer e morte foram discutidos por décadas, sendo que havia movimentos em defesa de uma morte assistida para determinadas circunstâncias, antes do ano 2000 (MAINE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2019).

No entanto, somente em 12 de junho de 2019, a governadora Janet Mills assinou a Lei Morte com Dignidade do Maine – lei LD 1313 – que entrou em vigor em 19 de setembro de 2019, apresentando semelhanças a legislação existente no Oregon a partir de 1997. Isso tudo, disponível no site do *Maine Death with Dignity* (2019) que proporciona dados estatísticos e pesquisas científicas realizadas sobre a temática, explicitando o atendimento responsivo com base em entendimentos compartilhados, escolhas totalmente informadas e avaliação contínua das necessidades e preocupações em constante mudança. Nesta perspectiva, a compreensão de uma morte com dignidade se torna factível aos cidadãos, prestadores de serviços de saúde e entidades do Maine com a apreensão de informações e conhecimento relacionado a legislação através de conteúdos explicativos e educacionais baseados em fatos também considerados históricos - temporais.

Em quase 20 anos desde então, não surgiram problemas significativos, e o Oregon foi recentemente nomeado o melhor lugar nos Estados Unidos para os cuidados de final de vida, com a maioria dos oregonianos morrendo pacificamente em casa ou em um *hospice*, e não em um hospital. A lei tem sido utilizada com moderação – somente 1.127 vezes, representando menos de 4 em 1.000 mortes no estado –, em que um terço dos que obtiveram uma receita optaram por não a utilizar (MAINE DEATH WITH DIGNITY, 2019, p. s/n).

Se por um lado, as pessoas adultas em estágio terminal de uma doença adquiriram o direito à escolha de concluir, voluntariamente, a sua vida com ações que maximizem seu conforto, respeitem seus valores e ofereçam suporte aos seus medos e preocupações; por outro lado se percebe o aspecto essencial para o funcionamento do sistema com a transversalidade dos cuidados paliativos e hospice para os cuidados em fim de vida. Ainda que existam concepções diversas sobre um adequado processo de morrer e morte integrado a pessoa em fim de vida, solicitar e obter as doses letais de medicamentos se decompõe em um manejo clínico para uma condição de sofrimento irreversível em que os resultados da ação podem assegurar à pessoa a sua dignidade e o controle dos seus atos, proporcionando a segurança e a confiança necessária a sua trajetória final, mesmo que optem por não usá-la. Vale dizer, que os cuidados paliativos e hospice são compatíveis à morte digna como a dignidade humana está na pessoa e não na dose letal do medicamento, pois a causa da morte está na doença que degrada e torna insuportável uma vida, muitas vezes, transformada em aspectos apenas biológicos – fato que define a moralidade do ato de escolha, colocando a discussão na concepção de dignidade humana.

Para a persistente equipe do *Death with Dignity* (2019) que finalizou o ano de 2019 com uma comemoração a respeito das conquistas feitas para a morte com dignidade em várias regiões dos Estados Unidos – disponibilizada no site oficial da instituição – se verifica o comprometimento público para o ano de 2020, na tentativa de fortalecer as campanhas nos estados de Maryland, Massachusetts e Nova York; bem como, contribuir nas organizações de base em fase inicial no Arizona, New Hampshire, Virgínia e outros estados.

Não há dúvida que há diversos estados no país que não pactuam com o desenvolvimento da legislação sobre a morte com dignidade como uma possibilidade de se deliberar sobre a dignidade no processo de morrer que é inerente a vida, e isso se reflete na dificuldade de se exercitar o pensar sobre a morte e a moralidade, sem

a sobreposição da morte como sofrimento moral que precisaria permanecer distante do diálogo e discussão nas sociedades. Em contrapartida, existem países que se colocam no debate, considerando o pluralismo moral e a necessidade de analisar os diferentes aspectos que compõe a complexidade da vida humana com as suas peculiaridades, sendo que as leis e critérios adotados para a realização dessa prática são construídos de forma a abranger as necessidades e desenvolvimento de cada país.

3.3. Colômbia

No processo de construção da legislação da eutanásia ativa voluntária e suicídio assistido neste país, é preciso mencionar alguns fatos que se tornaram essenciais para as transformações advindas. Efetivamente, em 15 de maio de 1997 a corte constitucional da Colômbia julgou uma demanda judicial, considerando a possibilidade de ser realizado homicídio por piedade. Além disso, no país há um grupo constituído em um forte Movimento pelo Direito a Morrer com Dignidade, criado em 1979 por Beatriz Kopp de Gomez que obteve a sua motivação a partir da morte de um parente com câncer cerebral. Nessa perspectiva, até o ano de 1998, o movimento havia auxiliado mais de 10.000 pessoas residentes no país a elaborarem documentos de vontades antecipadas (*living will*) sobre o uso ou não de terapias de suporte vital (GOLDIM, 2000).

Nas argumentações apresentadas pela corte constitucional na sentença C-239/97 foram abordados o princípio da dignidade humana, solidariedade, a pessoa como sujeito moral e a vida como valor. Em relação ao respeito pela dignidade da pessoa humana foi apresentado de maneira intensa como um fundamento presente na Constituição do país, sendo um valor supremo, em que a dignidade irradia o conjunto de direitos fundamentais reconhecidos, os quais encontram a sua máxima expressão no livre desenvolvimento da personalidade. E o princípio da dignidade humana atende necessariamente a superação da pessoa, respeitando em todo momento a sua autonomia e identidade (COLOMBIA, 1997).

O dever do Estado de proteger a vida deve então ser compatível com o respeito à dignidade humana e o livre desenvolvimento da personalidade. Portanto, a Corte considera que, diante de pacientes

terminais com sofrimento insuportável, esse dever estatal dá lugar ao consentimento informado do paciente que deseja morrer de maneira digna. Em efeito, nesse caso, o dever do Estado se enfraquece consideravelmente por quanto, em virtude dos relatórios médicos, se pode sustentar que, mais além de uma razoável dúvida, a morte é inevitável em um tempo relativamente curto. (...). A pessoa seria reduzida a um instrumento para a preservação da vida como um valor abstrato (COLOMBIA, 1997, p. 42).

Em seguida, a solidariedade foi contextualizada como um dos postulados básicos do estado colombiano, sendo considerado um princípio que envolve o dever positivo de todo o cidadão de socorrer a quem se encontra em uma situação de necessidade, com medidas humanitárias. Por sua vez, foi esclarecido que a Constituição da Colômbia é inspirada na consideração da pessoa como sujeito moral, capaz de assumir decisões responsáveis e autônomas sobre questões que a ela compete, devendo em princípio o Estado limitar-se a colocar os deveres, em função de outros sujeitos morais com quem irá conviver, portanto, se a forma como as pessoas vivenciam a morte reflete suas próprias convicções, eles não podem ser forçados a continuar vivendo quando, por circunstâncias extremas em que se encontram expressam que a sua vida se apresenta de forma indesejável e incompatível com a sua dignidade (COLOMBIA, 1997).

Então, a partir de uma perspectiva pluralista não se pode afirmar o dever absoluto da vida, pois quem vive através de uma conduta obrigatória em função de suas crenças religiosas ou morais, não pode pretender que seja de forma coercitiva exigível a todos, apenas que ele tem permissão para viver a sua vida moral de forma completa e agir sobre ela sem interferência. Em decorrência disso, se o respeito à dignidade, compõe o ordenamento, é claro que a vida não pode versar simplesmente como algo sagrado, a ponto de ignorar a situação real em que o indivíduo se encontra e a sua posição em relação ao valor da vida para si (COLOMBIA, 1997).

Resta ponderar que, a decisão de como enfrentar a morte, ao saber que não se pode ser curado está embasado no fato de que a pessoa não está optando entre a morte e muitos anos de vida e sim, entre morrer em condições aceitáveis ou morrer pouco tempo depois em circunstâncias dolorosas e indignas. Contudo, o direito fundamental de viver de forma digna implica no direito de morrer dignamente, pois condenar uma pessoa a prolongar por um tempo escasso sua existência, quando não

o deseja e possui profundas aflições, equivale não somente a um ato de crueldade e desumanidade como a anulação da sua dignidade e autonomia como sujeito moral (COLOMBIA, 1997).

Após o pedido da corte para a regulação da temática pelo congresso, muitos debates e diálogos foram realizados até que, em 2015, as diretrizes, para a organização e funcionamento dos comitês científicos-interdisciplinares sobre o direito de se morrer com dignidade, foram aprovadas pela resolução número 00001216.

Primeiramente, na resolução é descrito que as pessoas com doença terminal têm direito a atenção em cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida, tanto da pessoa que enfrenta a doença e a sua família através de um tratamento integral da dor, alívio do sofrimento e outros sintomas, tendo em conta os seus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionais, sociais e espirituais, bem como incluem o seu direito de desistir de maneira voluntária e antecipada de tratamentos desnecessários que não cumpram com os princípios de proporcionalidade terapêutica e não representem uma vida digna para a pessoa (COLOMBIA, 2015).

Assim, identifica-se a necessidade de disponibilizar a atenção em cuidados paliativos antes da possível tomada de decisão para o procedimento, pois é um aspecto que será exigido.

Nessa perspectiva, as instituições prestadoras de saúde (IPS) que estão habilitadas para serviço hospitalar de média ou alta complexidade para internação oncológica ou serviços de atenção às pessoas acometidas por doença crônica ou serviços de atenção domiciliar para pessoas com doenças crônicas, que possuem os respectivos protocolos de manejo para o cuidado paliativo, deverão compor um comitê científico - interdisciplinar para o direito a morrer com digna.

Em seguida, o comitê precisa ser constituído por três membros, sendo um médico especialista na patologia apresentada pela pessoa em sofrimento, que não seja o médico responsável pelo tratamento, um advogado e um psiquiatra ou psicólogo clínico, sendo que os profissionais serão designados pelos respectivos institutos prestadores de serviço.

Após a composição do comitê e elaboração de um regulamento interno, será contratado um secretário técnico para o desenvolvimento de algumas atividades. Todavia, as seguintes funções precisam ser desempenhadas pelo comitê:

- Revisar a determinação do médico assistente sobre os pedidos da pessoa doente e estabelecer se lhe foi oferecido ou está recebendo cuidados paliativos.
- Ordenar a instituição responsável pela pessoa doente, à designação no máximo dentro de 24 horas, de um médico que não possua objeção de consciência, quando presente objeção pelo médico assistente para a efetivação do procedimento.
- Estabelecer, dentro de um período não superior a dez dias (10) a contar da sua solicitação, se a pessoa doente solicita o procedimento de morrer com dignidade e reitera a sua decisão que irá ser praticado.
- Certificar de que o procedimento é realizado quando a pessoa indicou ou, na falta deste, dentro dos quinze (15) dias em que a pessoa reiterou a sua decisão.
- Monitorar e garantir de que o processo de morrer com dignidade seja realizado em conformidade com os termos da sentença T-970 de 2014 e tenha a imparcialidade dos envolvidos no processo, com as verificações que as circunstâncias o exigem.
- Suspender o procedimento que antecipa a morte, se detectar quaisquer irregularidades, informando as autoridades competentes à prática de um delito ou um crime.
- Acompanhar de forma constante e durante as diferentes fases, tanto a família como a pessoa doente em consultas com a psicológica, médica e sociais para amenizar os eventuais efeitos negativos no núcleo familiar e na condição da pessoa doente.
- Verificar se o consentimento substitutivo possui alguma circunstância que possa invalidar a sua eficácia.
- Enviar ao Ministério da Saúde e Proteção Social, um documento que relate todos os fatos e condições que cercam o processo, a fim de que o Ministério realize um controle e estudo aprofundado sobre o assunto.

- Assegurar a privacidade e a confidencialidade das informações que, devido às suas funções, deve conhecer e manusear, sem prejuízo das exceções legais. O tratamento de dados pessoais está sujeito ao enquadramento legal para a proteção destes.
- Informar a entidade promotora de saúde, em que a pessoa doente está inserida, das ações que estão sendo desenvolvidas no processo de implementação do direito de morrer com dignidade, mantendo um contato constante.
- Designar o secretário técnico e elaborar o regulamento do comitê (COLOMBIA, 2015).

Ainda, é preciso esclarecer que a convocação do comitê pode ser realizada apenas pelos membros integrantes, sendo que normalmente o pedido do relatório é encaminhado para o secretário técnico, que envia para o médico. Todavia, em caso de dúvida razoável sobre o processo para implementar o direito de morrer com dignidade, a comissão pode convidar pessoas físicas ou jurídicas cuja contribuição pode ser considerada útil para os fins que lhe são confiadas, porém eles apenas poderão argumentar e não votar.

Ao passo que o procedimento é pedido pela pessoa doente necessariamente se verifica a idade, pois não pode ser menor de idade, deve ter uma doença terminal (com um prognóstico fatal próximo ou com um prazo relativamente breve) e ser competente. Para as pessoas que se apresentam inconscientes, os membros da família ou pessoas próximas devem apresentar áudio, vídeo ou prova escrita do desejo da realização do procedimento nessas circunstâncias (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017).

Em seguida, adentramos em uma abordagem concisa de legislações vigentes sobre os temas nos países que compõe o continente europeu, ordenando-os a partir do ano em que os procedimentos foram considerados legais. Ainda que o espaço temporal em épocas distintas esteja também relacionado a uma dinâmica social e política complexa se considerou que no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional o distanciamento de um continente ao outro, juntamente, com os seus países, em épocas passadas, não apenas afetavam o compartilhamento de

informações e conhecimentos teórico-práticos sobre a temática como intervinham e intervêm nos sistemas morais vigentes.

3.4. Suíça

O primeiro país do continente europeu que delineamos é a Suíça, onde a eutanásia é considerada ilegal, isto é, “matar a pedido” é expresso como proibição no artigo 114 do Código Penal³⁸ referendando a “qualquer pessoa que, por razões honoráveis, especialmente por compaixão, causa a morte de outra pessoa com base no seu pedido sério e insistente, é punido com uma pena de detenção até 3 anos ou com uma pena pecuniária” (SUÍÇA, 1937, p. 61).

Em contrapartida, Schwarzenegger e Summers (2005) mencionam que o auxílio ao suicídio não é penalizado, mas sob a condição de que a vontade da pessoa que auxilia o outro a morrer seja revestida de boas intenções e desde que a pessoa que solicitou a ajuda tenha capacidade legal, nos termos do Art. 16 do Código Civil Suíço³⁹ em que “uma pessoa é capaz de julgamento sobre o significado da lei se ela não carece de capacidade para agir racionalmente em virtude de ser menor de idade ou por causa de deficiência ou transtorno mental, intoxicação ou circunstâncias similares” (SUÍÇA, 1907, p. 4). A propósito, caso a pessoa que solicita auxílio para suicidar-se não tenha capacidade de julgamento sobre o significado da lei, o seu pedido não contém legalidade, conforme o Art. 18 do respectivo Código Civil em que “uma pessoa que é incapaz de julgar não pode criar efeito legal sobre suas ações” (SUÍÇA, 1907, p. 4).

Assim, é proibido auxiliar o suicídio de uma pessoa desprovida de capacidade legal, isto é, “capacidade de julgamento sobre o significado da lei” (SUÍÇA, 1907, p. 1). Inclusive, é vedado à pessoa que auxilia o suicídio, praticar o ato que leva à morte, por exemplo, injetar o medicamento que causará a morte. Afastadas tais hipóteses, somente pode ser punido aquele que “incitar ou assistir alguém a cometer suicídio

³⁸ É preciso constar que o Código Penal Suíço de 21 de dezembro de 1937 incluiu modificações em 1 de julho de 2019, sendo utilizado o documento oficial atualizado para a exposição de informações.

³⁹ O Código Civil Suíço de 10 de dezembro de 1907 obteve transformações nas condições de uma pessoa perante a lei no dia primeiro de janeiro de 2018, sendo utilizado o documento oficial atualizado para a exposição de informações.

assistido” por “motivos egoístas”, tais como, “para receber herança”, conforme o artigo 115 do Código Penal Suíço em que “qualquer um que por motivos egoístas instigue alguém ao suicídio ou lhe presta auxílio é punido, se o suicídio foi consumado ou tentado, com uma pena de detenção de até 5 anos ou com uma pena pecuniária” (SUÍÇA, 1937, p. 61- 62).

Dessa forma, Schwarzenegger e Summers (2005) esclarecem que a assistência prestada por organizações suíças, como a *Exit* ou a *Dignitas*, não se enquadram no âmbito da responsabilidade criminal devido à ausência de motivos considerados egoístas. Pode-se afirmar que a assistência prestada nessas clínicas de suicídio assistido é legal a partir dos critérios estabelecidos. Por sua vez, o médico pode prescrever um medicamento, para a morte com o devido cuidado, somente nos casos em que uma doença terminal é diagnosticada, condição em que a prescrição de barbitúricos em doses mortais não é uma violação do art. 26 da Lei de Produtos Farmacêuticos e nem do Art. 11 da Lei de Narcóticos (SCHWARZENEGGER, SUMMERS, 2005).

O *Exit (Deutsche Schweiz)* é uma organização que possui sede em Zurique e escritórios oficiais nas regiões de Berna, Basileia e em Ticino, sendo interligado pela *Exit (Romandie)* localizada em Genebra com mais de 30 000 membros e reconhecida como *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)*. Em relação a sede em Zurique é possível contabilizar mais de 120 000 membros e um aumento exponencial na região alemã da Suíça e em Ticino. Sem nenhum escopo econômico, se compromete com a autodeterminação da pessoa em vida e morte, mantendo a neutralidade no ponto de vista ideológico e confessional apresentado pela mesma (WILER, 2020).

A propósito, os pilares de sustentação da organização se completam com testamento biológico, aconselhamento e prevenção do suicídio, bem como assistência ao suicídio e suporte de cuidados paliativos. A instituição foi fundada em 1982 como iniciativa de Hedwig Zürcher e Walter Baechi, juntamente, com outros cidadãos do país que totalizaram na época setenta pessoas. Muitas conquistas foram realizadas com o movimento dinâmico da compreensão de vida e morte em sociedade em que o testamento biológico; por exemplo, utilizado e adaptado no mesmo ano pela

instituição; como um instrumento único, – nos dias de hoje – se transformou em uma ferramenta para proteger centenas de milhares de pessoas na Suíça (WILER, 2020).

O testamento biológico *Exit* – constantemente atualizado segundo os avanços e as leis mais recentes – é exemplar: compreende uma consulta gratuita no momento do preenchimento e a possibilidade de registrá-lo e de consultá-lo em qualquer lugar do mundo; não somente: em caso de necessidade o *Exit* proporciona o próprio suporte também no momento de fazer valer a própria vontade, se necessário também trâmite consulta médica e jurídica (WILER, 2020, p. 8).

Há uma oferta de suporte e proteção em casos de doenças e situações de saúde intoleráveis e/ou difíceis, ou seja, em casos em que as pessoas se encontram em uma condição de vulnerabilidade. Por outro lado, é primordial à sua formulação e preenchimento com antecedência, pois será efetivado apenas nos casos em que a pessoa se apresenta incapaz de consentir (entender e querer) e com um prognóstico grave; por exemplo, uma demência em estágio avançado.

Convém ainda lembrar que uma lei federal de primeiro de janeiro de 2013 solidificou o direito de proteção aos adultos com as diretivas antecipadas da vontade do paciente, incluindo o mandato duradouro e o testamento biológico protegidos em lei. Nas Diretivas Antecipadas, uma pessoa pode estabelecer os tratamentos terapêuticos que aceita ou não se submeter em caso de sua incapacidade de discernimento e a opção de referir a uma pessoa o processo decisório. Em relação ao mandato duradouro uma pessoa que se apresenta com capacidade de discernimento pode transferir a responsabilidade legal sobre os seus processos decisórios em vida a uma outra pessoa através de procuração ou somente torná-la uma representante nas situações de interesse em que se encontre com incapacidade de discernimento (KUHN; BETHLEN, 2017).

Por sua vez, os profissionais de saúde são obrigados a verificar se as pessoas doentes possuem as suas diretivas antecipadas documentadas e, nesses casos, é necessário colocá-las em prática, respeitando às vontades expressas. Dessa maneira, é considerado fundamental o documento conter por escrito o local, a data e a assinatura da pessoa requerente. Não menos importante é a renovação ou a revisão com assinatura entre três a cinco anos, sendo sempre realizados com capacidade de discernimento – entender e querer – do requerente (KUHN; BETHLEN, 2017).

Todas as pessoas de confianças mencionadas no testamento biológico possuem responsabilidade no processo de deliberação referente a situações clínicas não contempladas no documento e em casos de conflitos a lei prevê a possibilidade de notificar a autoridade regional de proteção para que seja averiguado se os interesses da pessoa doente estão em perigo ou foram desrespeitados (WILER, 2020).

Neste aspecto, há um ponto relevante a ser mencionado e que inclui a impossibilidade de descrever todas as possíveis situações e decisões clínicas em um único documento. Por conseguinte, a instituição *Exit* orienta as pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura de vincular ao testamento biológico uma declaração dos próprios valores.

A Declaração dos Próprios Valores consiste em “descrever o próprio comportamento diante da vida e da morte e se pode também definir quais são os próprios pensamentos pessoais sobre qualidade de vida e quais limitações não se quer suportar” (WILER, 2020, p. 11). Por sua vez, a instituição – ao recomendar a construção e elaboração dessa declaração – esclarece que se emprega como um “instrumento de guia no caso de o testamento biológico não conter instruções concretas e seja necessário decidir segundo a vontade da pessoa, incapaz de entender e querer” (WILER, 2020, p. 11).

Todavia, é preciso elucidar que – por motivos judiciais – no testamento biológico somente se registra a interrupção ou renúncia de manejos clínicos que prolonguem a vida, ou seja, que ocasionam a obstinação terapêutica. É preciso considerar que a assistência ao suicídio de forma ativa é proibida e se enquadra no código penal como homicídio a pedido. A partir dessa constatação se esclarece que há quatro formas de assistência ao suicídio. Assim, ao deixar morrer uma pessoa sem oferecer ou interromper um determinado tratamento terapêutico se define como assistência ao suicídio de forma passiva; oferecer uma forte dose (letal) de medicamentos contra a dor é considerada assistência ao suicídio de forma indireta e ativa; contudo, a assistência ao suicídio de forma ativa que é efetivado a partir do pedido da pessoa é avaliado por homicídio a pedido. Por sua vez, o acompanhamento ao suicídio é reconhecido como suicídio assistido. Dito isso, no quadro 1 estão detalhadas as formas de assistência ao suicídio mencionadas pela instituição *Exit*.

Quadro 1 - Formas de assistência ao suicídio, elencadas pelo *Exit*, 2020.

<p>Assistência ao suicídio. Atividade do <i>Exit</i>.</p>	<p>-Acompanhamento da parte de terceiros ao suicídio voluntário. -Em caso de um desejo de morte autônoma, ponderada e serena. → Atividade consentida da lei, se não levada adiante por motivos egoístas, art. 115 do Código penal.</p>
<p>Assistência ao suicídio de forma passiva. (Deixar morrer) Possibilidade exercida a partir do que está estabelecido no testamento biológico do <i>Exit</i>.</p>	<p>-A renúncia ao iniciar ou continuar um tratamento para o prolongamento da vida. -Por motivos éticos, médicos ou humanos. → Regulamentada no direito de proteção dos adultos e praticada em mais de 40% de todos os falecimentos na Suíça. Exemplo: não realizar o tratamento de uma pneumonite com antibióticos, não aceitar o uso de respiradores artificiais.</p>
<p>Assistência ao suicídio de forma indireta e ativa (através de medicamentos no estágio final da vida). Atividade não exercida da <i>Exit</i>.</p>	<p>-A administração de altas doses de medicamentos para aliviar sintomas e sofrimentos. -Levando a diminuir o tempo de vida. → Não regulamentada juridicamente/ geralmente se trata de uma prática consentida. Exemplo: um paciente em estágio terminal que sofre de um tumor e lhe é administrado uma alta dose de morfina, levando ao falecimento.</p>
<p>Assistência ao suicídio de forma ativa. Atividade não exercida da <i>Exit</i>.</p>	<p>-Ocasionar a morte de uma pessoa de forma direta e ativa com seu pedido expresso. → Atividade proibida pela lei, art. 114 do Código penal.</p>

Fonte: Elaborado pela instituição *Exit* (WILER, 2020).

Convém ainda lembrar que a assistência ao suicídio possui como critério indispensável a capacidade de entender e querer da pessoa que deseja morrer e o testamento biológico é utilizado nas situações em que essa capacidade de discernimento está inacessível.

Na instituição existem mais de quarenta pessoas que se ocupam da assistência ao suicídio, sendo que são selecionadas através de um processo criterioso pela divisão de assistência ao suicídio e o conselho de administração interna. Ao passo

que todos os profissionais necessitam dispor de uma longa experiência de vida, de conhecimento da natureza humana e de competências humanas e sociais que os fazem idôneos a essa atividade, se ressalta a necessidade de participar de uma formação no período de um ano com avaliação pela Universidade de Basileia. Além disso, cursos de capacitação que estão divididos em seminários são realizados a cada ano com a participação obrigatória dos profissionais selecionados (SUÍÇA, 2019).

Para que a assistência ao suicídio seja efetivada, alguns encaminhamentos precisam ser assumidos pela pessoa acometida por uma doença em estágio avançado e terminal. Antes de tudo, é necessário contatar a instituição e preencher alguns documentos. Após essa etapa um profissional do *Exit* se dirige ao endereço do solicitante e realiza vários diálogos com informações específicas sobre o procedimento, sendo que algumas dessas conversas podem ser feitas na presença de outras pessoas vinculadas a situação e autorizadas pelo solicitante.

No momento em que se identifica as adequadas condições para o desenvolvimento efetivo do procedimento e o membro do *Exit* se coloca favorável à iniciação; o medicamento letal é prescrito pelo médico de família que o acompanha. Caso seja necessário, um médico de confiança da instituição *Exit* realiza a prescrição. Em relação a retirada do medicamento da farmácia, o próprio profissional da instituição que está responsável pelo acompanhamento precisa apresentar uma procuração assinada pelo solicitante da assistência para a retirada do pentobarbital de sódio (nembutal) em dose letal, juntamente, com a receita. Em seguida, o percurso é definido pela pessoa que solicitou a assistência a partir do agendamento de um dia e horário específico, bem como a presença de amigos, familiares e pessoas vinculadas a sua trajetória. Com efeito, quem estabelece o ritual é a pessoa que irá ingerir o medicamento dissolvido em água, sendo que o ato precisa ser realizado sem o auxílio de outra pessoa. Dessa forma, o profissional apenas entrega o medicamento para que o ato seja consumado pelo solicitante, buscando sempre a serenidade e a dignidade em um espaço de contínuo respeito.

A propósito, o processo pode ser interrompido a partir da decisão do solicitante, sendo que “após ingerir o pentobarbital de sódio, se pode dizer adeus aos seus entes queridos uma última vez. Ao lado deles, normalmente deitada na cama, em poucos

minutos a pessoa apresenta um sono profundo e deixa este mundo em modo tranquilo, sem dor” (WILER, 2020, p. 21).

Ainda que o suicídio assistido seja regulamentado no país, alguns trâmites legais precisam ser desempenhados. Por exemplo, qualquer forma de suicídio é considerada um caso de morte não natural, ou seja, é preciso comunicar a polícia e – geralmente, ao comparecerem no local – estão acompanhados de um médico delegado e, eventualmente, de um procurador para inspecionar que tudo tenha sido efetivado respectivamente nas normas judiciais.

Outro elemento importante oferecido pela instituição é o suporte em cuidados paliativos que foi fundada em 1988 e a partir de 2007 recebeu o nome de Palliacura com sede em Zurique. Com metas específicas a serem atingidas, a fundação busca o reconhecimento do direito à autodeterminação da pessoa em vida e morte; o lançamento de novos projetos inovadores dedicados a temas como velhice, doenças, processo de morrer e morte; bem como, favorecer instituições envolvidas em medicina paliativa, no setor de assistência ou em pesquisa; e, melhorar os cuidados paliativos, oferecendo apoio financeiro para o treinamento da equipe de atendimento (WILER, 2020).

Todavia, para se tornar membro da *Exit* é preciso ter pelo menos 18 anos e ser cidadão suíço ou possuir residência na Suíça, sendo que os associados plurianuais têm prioridade sobre aqueles que aderiram a pouco tempo. Dessa maneira, se torna, simplesmente, inegável a exclusão de diversas pessoas ao processo de morrer e morte com liberdade de escolha.

Nesta perspectiva, em maio de 1998 foi construída a instituição Dignitas – Viver dignamente/ Morrer Dignamente para proporcionar aos cidadãos de outros países a acessibilidade ao procedimento com liberdade de escolha e responsabilidade sobre a própria vida, o processo de morrer e a morte através de ações jurídicas e políticas internacionais.

O conceito geral da consultoria DIGNITAS em relação aos cuidados paliativos, a prevenção de tentativas de suicídio, o testamento biológico e o acompanhamento de morte voluntária fornecem a base de tomada de decisão para o planejamento da vida de alguém até o fim. Em um processo judicial enviado da Dignitas, a Corte Europeia dos Direitos do Homem, no ano de 2011, havia confirmado que o

direito de decidir em relação ao modo e momento para finalizar a própria vida é um direito humano protegido da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (DIGNITAS, 2017, p. 3).

Ao proporcionar suporte aos procedimentos legais na Suíça e em outros países, a instituição busca alcançar o respeito aos direitos humanos e a sua execução em relação a vida e a morte. Vale informar, que a instituição está envolvida em vários outros casos jurídicos na Europa e Canadá, bem como apresenta pareceres para as comissões do governo na Alemanha, Inglaterra, Austrália, Canadá, entre outros. Além disso, recebe delegações de outros países para discutir regras de proteção da autonomia e dignidade das pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura (DIGNITAS, 2018).

Inclusive, há uma sede na Alemanha com o nome de *Dignitas-Alemanha* e na Itália há várias associações em defesa do processo de morrer e a morte, tais como *Libera Uscita*⁴⁰ – uma associação laica e sem partido para o direito a morrer com dignidade –, *Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica*⁴¹, *Campagna Per Vivere Liberi, Fino alla Fine*⁴² e *Exit Italia*⁴³ (DIGNITAS, 2020a).

A propósito, a *Exit* (2016) é membro das federações europeia e mundial do direito à autodeterminação e possui contato próximo com associações ativas na Alemanha, França e Holanda.

A assistência ao suicídio em ambas as clínicas está estruturada com diversos materiais (guias, estatutos, leis, cursos, seminários, entre outros), proporcionando conhecimento, informações e respeito ao ser humano e a sua realidade. É imprescindível mencionar que o funcionamento dessas clínicas está descrito de maneira esclarecedora e coerente com uma produção textual acessível a todos (EXIT, 2016; DIGNITAS, 2014).

Em face do que já se mencionou, o próximo país que abordamos é a Holanda com a regulamentação da assistência ao suicídio e a eutanásia.

⁴⁰ Link de acesso: <www.associazioneliberauscita.it>.

⁴¹ Link de acesso: <www.associazionelucacoscioni.it>.

⁴² Link de acesso: <<https://www.eutanasialeale.it/>>.

⁴³ Link de acesso: <www.exit-italia.it>.

3.5. Holanda

Ao abordarmos a temática da eutanásia e o suicídio assistido, necessariamente, precisamos contextualizar sobre a legalização e regulamentação da prática na Holanda, que ocorreu em 2002 com a Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (*Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide*) de 1º de abril de 2002 e o Protocolo de Groningen (GP) – formulado como uma extensão da lei para recém-nascidos extremamente prematuros e gravemente enfermos –. A Holanda se destacou como o primeiro país a legalizar ambos os procedimentos para as pessoas portadoras de condições crônicas que possuem intenso sofrimento físico e /ou psicológico e expressem o seu desejo de morrer de forma clara (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017).

Antes de tudo, o país tem regras e procedimentos legais para a finalização da vida, nesses casos, que são efetivados mediante um pedido explícito da pessoa que é analisado através do preenchimento dos critérios estabelecidos pela lei, ou seja, apenas nesses casos específicos o médico estará imune ao processo criminal em causa. Portanto, é importante destacar que na lei holandesa, qualquer ação destinada a terminar com a vida é, em princípio, uma ofensa criminal, exceto nos casos em que uma pessoa está experimentando um sofrimento insuportável, sem perspectiva de melhoria e o médico assistente cumpri todos os critérios de cuidados definidos na lei (HOLANDA, 2017a).

Sabe-se que a eutanásia é realizada pelo médico assistente que administra uma dose fatal de um medicamento adequado a pessoa doente em seu pedido expresso, sendo que a legislação holandesa também abrange o suicídio médico-assistido que é o procedimento em que o médico fornece o medicamento, mas a pessoa administra a si próprio (HOLANDA, 2017a).

Por sua vez, os requisitos de cuidados adequados, mencionados no artigo 293, parágrafo segundo, do código penal holandês determinam que o médico, necessariamente, precisa:

- assegurar que o pedido da pessoa foi voluntário e bem avaliado;
- admitir de que o sofrimento da pessoa era intolerável e sem perspectiva de alívio;
- informar a pessoa sobre a sua situação, bem como dialogar a respeito das suas perspectivas;

- e a pessoa doente e o médico devem chegar a uma conclusão juntos de que não havia outra solução alternativa razoável para a sua situação;
- consultar ao menos um outro médico, independente, que examinou a pessoa e deu seu parecer por escrito acerca dos requisitos de cuidados adequados mencionados nas partes;
- abreviar a vida ou assistir a um suicídio com os cuidados adequados (HOLANDA, 2002).

Às vezes, uma pessoa que realizou o pedido do procedimento pode permanecer em períodos de semiconsciência, antes de uma eutanásia agendada. Nesses casos, se ainda há sinais de sofrimento, o médico pode realizar eutanásia apesar da consciência diminuída da pessoa. Isto foi estabelecido em diretrizes sobre o assunto elaborado pela *Royal Dutch Medical Association* a pedido do Conselho de Procuradores-Gerais do Serviço de Supervisão da Saúde Pública (OM) e dos Inspetores de Assistência à Saúde (IGZ) — *Board of Procurators General of the Public Prosecution Office and the Healthcare Inspectorate* —. Assim, essas diretrizes sobre a eutanásia para pessoas com o nível de consciência diminuída não representam qualquer negligência da lei; sendo apenas projetados para fornecer orientações para os médicos nesta situação difícil (HOLANDA, 2017a).

É fundamental que o médico ao realizar um procedimento de cessação da vida comunique ao patologista municipal. Tanto o médico quanto o patologista municipal devem informar o caso ao comitê regional de revisão da eutanásia. Se o comitê identificar que o médico não agiu com o devido cuidado, encaminhará o caso para o Inspetorado de Assistência à Saúde (IGZ) e ao Serviço de Supervisão da Saúde Pública (OM) sendo que o último pode decidir processar o médico. Para a compilação dos documentos essenciais para a realização do procedimento, os médicos podem usar o modelo de formulário de notificação e o formulário de relatório para o término da vida a pedido ou suicídio assistido, disponíveis no *site* dos comitês regionais de revisão da eutanásia, porém os formulários não podem ser enviados pelo correio (HOLANDA, 2017b).

Esses comitês compreendem, no mínimo, um especialista em direito, que é também seu presidente, um médico e um especialista em questões éticas ou filosóficas, constituído sempre em um número ímpar, contendo a indicação de secretário, que possui apenas a função de órgão consultivo. As apreciações são

realizadas com base no relatório da Lei do Funeral e da Cremação, buscando avaliar se o médico que fez cessar uma vida a pedido ou assistiu um suicídio agiu de acordo com os requisitos de cuidados adequados. Em consequência disso, o comitê precisa:

- Solicitar ao médico que complemente seu relatório por escrito ou verbalmente, quando isso for necessário para uma adequada avaliação das ações do médico.

- Buscar informações junto ao encarregado municipal de autópsia, ao consultor ou aos provedores de cuidados médicos envolvidos, quando necessário.

- Informar ao médico, no prazo de seis semanas a contar do recebimento do relatório sobre o seu parecer.

- Informar ao Conselho Geral de Procuradores e ao inspetor regional de assistência à saúde sobre seu parecer:

- ✚ se o comitê julgar que o médico não agiu de acordo com os requisitos de cuidados adequados; ou

- ✚ se ocorrer uma situação mencionada, alínea final, da Lei do Funeral e da Cremação.

- Fornecer ao promotor público, a pedido deste, todas as informações de que ele possa necessitar:

- ✚ em favor da avaliação das ações do médico;

- ✚ em favor de uma investigação criminal (HOLANDA, 2002).

Em decorrência disso é preciso considerar que a revisão realizada pelo comitê se destina a garantir uma maior transparência e consistência na forma como os casos são reportados e avaliados. Na lei do Funeral e da Cremação é mencionado – em sua emenda – que o médico ao realizar a assistência não deverá emitir um atestado de óbito e deverá notificar de imediato o encarregado municipal de autópsias sobre a causa da morte, mediante o preenchimento de um formulário. No país os casos precisam ser relatados em um dos cinco comitês regionais de revisão da eutanásia, se não for feito, o profissional poderá ser processado com penas que variam até 12 anos de prisão para a eutanásia e até 3 anos para suicídio assistido (HOLANDA, 2017a).

Inclusive, na Holanda, os menores podem solicitar a eutanásia a partir dos 12 anos, embora o consentimento dos pais ou responsável seja obrigatório até atingir os 16 anos de idade, sendo que entre dezesseis e dezessete anos de idade não é

necessário o consentimento parental em princípio, mas os pais devem estar envolvidos no processo de tomada de decisão. A partir dos 18 anos, os jovens têm o direito de solicitar eutanásia sem a permissão dos pais (HOLANDA, 2017a).

Deve-se acrescentar que os médicos não possuem obrigação de conceder um pedido de eutanásia e que aqueles que não concordam com o procedimento precisam discutir com a pessoa que expressa o seu desejo, podendo encaminhá-lo para outro médico (HOLANDA, 2017b).

Em alguns casos, pessoas relatam a necessidade de registrar situações particulares que considerariam insuportável de experimentar, futuramente, ao não terem perspectivas de melhoria. O percurso recomendado pelo governo é discutir a situação que preveem com o seu médico de família e elaborar um plano de ação por escrito que cubra essas circunstâncias. Essas diretivas avançadas definem as circunstâncias precisas em que essas pessoas em questão desejam que a eutanásia seja realizada. O documento constitui um pedido ao médico e deve conter uma expressão clara e inequívoca dos desejos da pessoa (HOLANDA, 2017a).

Ainda, na hipótese de ser afetado por uma demência algumas pessoas podem fazer uma diretiva antecipada (*living will*) que pode ser elaborado de forma independente ou discutido primeiro com o médico de família. Um médico pode realizar a eutanásia em uma pessoa com demência somente se tal diretiva existir, se os critérios da lei forem preenchidos e se, em sua opinião, a pessoa estiver com sofrimento insuportável, sem perspectivas de melhora (HOLANDA, 2017a).

Portanto, o médico que realizar esse procedimento precisa preencher todos os critérios elencados na lei e isso significa ter conhecimento suficiente sobre o histórico clínico da pessoa para conseguir avaliar o nível de sofrimento e a falta de perspectivas de melhora. Além disso, é necessário um pedido voluntário e consistente da pessoa, não podendo ser realizado por parentes ou amigos, constituindo em uma avaliação criteriosa e feita por etapas, abarcando a necessidade de muito controle e cuidados para a efetivação do procedimento.

Não muito distante, um outro país – a Bélgica – legaliza a eutanásia ativa voluntária em casos específicos, se aproximando do espaço-temporal em que a Holanda sancionou as suas próprias leis. Logo, o próximo país elencado, juntamente, com as suas legislações é a Bélgica.

3.6. Bélgica

No panorama desse país, a eutanásia ativa voluntária tornou-se cabível e acessível com a legislação sobre a eutanásia de 28 de maio de 2002, publicada no dia 22 de junho de 2002; sendo que a sua regulamentação foi ampliada em 2014, incluindo crianças em fase terminal (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017).

Atualmente, para a realização de um pedido de eutanásia as pessoas precisam apresentar um sofrimento mental ou físico constante e insuportável; necessariamente, deve ser incurável, sendo feito por escrito. Para as crianças é preciso à autorização dos pais ou guardiões legais, bem como serem portadoras de condições incuráveis, que causem sofrimento físico insuportável e consigam manifestar a capacidade de discernimento sobre os acontecimentos, conforme certificado por um psicólogo ou psiquiatra infantil. Vale dizer, que o Protocolo de Groningen (GP) não é aceito no país (VOULTSOS; CHATZINIKOLAOU, 2014).




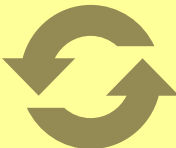
Em relação ao documento entregue por escrito, necessariamente, deve ser datado e assinado pela própria pessoa que deseja receber o medicamento letal. Caso a pessoa apresente dificuldade para escrever, alguém próximo é escolhido pela própria pessoa acometida pela doença e não deve ter qualquer interesse material na sua morte. Todavia, é preciso fazer menção ao fato de que a pessoa doente se apresenta incapaz de formular o seu pedido por escrito, justificando as razões e escrevendo na presença do médico, que deverá colocar a assinatura no documento. Então, esse documento precisa ser anexado ao prontuário médico e caso a pessoa doente decida retirar o seu pedido, que pode ser feito a qualquer momento, o documento deve ser retirado do registro médico e devolvido ao mesmo (BÉLGICA, 2002).

Ao passo que os cuidados estão sendo realizados, o médico deve acompanhar alguns critérios importantes delineados na Figura 2 e expostos a seguir.

Figura 2: Critérios importantes a serem acompanhados de acordo com a legislação belga, 2002.

— Informar a pessoa sobre sua saúde e sua vida, refletir com a pessoa o seu pedido de eutanásia e quaisquer outras opções terapêuticas, bem como os de cuidados paliativos, e discutir suas implicações.



<p>Dessa forma, ambos terão a oportunidade de avaliar a situação, buscando as alternativas razoáveis e ao mesmo tempo, identificando se o pedido da eutanásia está embasado em uma atitude inteiramente voluntária;</p>
<p>– Assegurar que a pessoa possua um sofrimento físico ou psicológico continuado, conforme as razões escritas no seu pedido.</p> <div data-bbox="756 434 896 568" style="text-align: center;">  </div> <p>Para este fim, é feito vários contatos, tendo em conta o desenvolvimento do estado de saúde da pessoa, distribuídos por um período razoável;</p>
<p>– Consultar outro médico sobre a severidade e incurabilidade da doença, informando a pessoa o propósito de desta consulta. O médico consultado examina a pessoa e deve garantir o sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável que não pode ser aliviado, elaborando um relatório das suas conclusões.</p> <div data-bbox="719 808 847 943" style="text-align: center;">  </div> <p>É importante que o médico consultado seja independente, tanto da pessoa doente quanto do médico, e qualificado para julgar a condição apresentada, sempre comunicando a pessoa sobre os resultados da consulta;</p>
<p>– Caso haja uma equipe de enfermagem que tem contato regular com a pessoa,</p> <div data-bbox="727 1115 895 1272" style="text-align: center;">  </div> <p>discutir o pedido com os membros da equipe;</p>
<p>– Se a pessoa desejar, irá considerar o pedido da pessoa e seus familiares, conforme designado;</p> <div data-bbox="695 1435 871 1581" style="text-align: center;">  </div> <p>– Garantir que a pessoa tenha a oportunidade de discutir o seu pedido com quem desejar.</p>

Fonte: BÉLGICA (2002).

Pode-se dizer que a legislação belga possui muitas semelhanças com a holandesa, existindo um controle de avaliação através de um comitê em que difere o número de membros, bem como se a pessoa na Bélgica não se apresenta em estágio avançado e em fase final, o médico precisa consultar um terceiro especialista independente, e pelo menos um mês deve se passar entre o requerimento e o ato da eutanásia (DYER; WHITE; RADA, 2015).

Não há dúvida de que muitas discussões e diálogos devem ser estimulados em todas as sociedades para que a morte seja consolidada de forma digna, pois será considerada digna pela pessoa que a contempla, ou seja, a pessoa é quem não deseja uma morte com sofrimento, torturas, bem como a degradação e a deformação do seu corpo. Assim, características essenciais que estão na sua própria apreensão da realidade compõe o seu ser social para um processo de vida e morte em que a dignidade se funde na biografia de cada pessoa e essa biografia de vida é construída no seu próprio movimento dinâmico do cotidiano.

Nesta perspectiva, o próximo país mencionado na legalização da eutanásia ativa e suicídio assistido em determinadas condições de saúde e doença se versa em Luxemburgo.

3.7. Luxemburgo

Ao referenciar o Luxemburgo ou Grão-Ducado de Luxemburgo se averigua um pequeno país europeu com pouco mais de meio milhão de pessoas, predominantemente, de religião católica; bem como uma monarquia constitucional parlamentar através de um chefe de governo – o Primeiro-Ministro – e um chefe de Estado – o Grão-Duque – que possui uma função honorífica (UNIÃO EUROPEIA, 2020).

Ao passo que muitas discussões foram efetivadas sobre a possibilidade ou não da legalização da eutanásia ativa voluntária e a assistência ao suicídio em determinadas condições de saúde e doença, os cidadãos do país alcançaram uma legislação direcionada ao tema em 2009, se tornando o terceiro na Europa, depois da Holanda e da Bélgica (PATIENTS RIGHTS COUNCIL, 2013).

Assim, em 16 de março de 2009 duas leis importantes entraram em vigor, uma lei referente aos cuidados paliativos, instruções prévias e acompanhamento em fim de vida e a lei sobre eutanásia e suicídio assistido. Dessa maneira, os cuidados paliativos permanecem como modalidade de assistência para o fim de vida – com um contínuo respeito ao processo de vida e morte com dignidade – porém, ampliando a visibilidade e a percepção ao sofrimento físico e mental classificados como intoleráveis. Nessa perspectiva, problemas de saúde – tais como, alguns tipos de

câncer avançados ou doenças neuromusculares com paralisia terminal, sem possibilidade de cura e alívio do sofrimento – possuem um processo decisório com mais abrangência para a pessoa acometida pela doença e suas consequências através da liberdade de escolha em relação às condições do fim de vida. Certamente, a proteção dos profissionais médicos para que não haja o risco de uma ação criminal ao concordar com um pedido de eutanásia ou suicídio assistido referidos em lei, proporciona uma maior transparência e controle da assistência em fim de vida (LUXEMBURGO, 2010).

Entretanto, a trajetória para a aprovação das leis – principalmente, a respeito da eutanásia e o suicídio assistido – esteve repleta de obstáculos a serem enfrentados e elucidados. De fato, consta em específicos arquivos do governo e em textos de jornais locais que o projeto de legalização da eutanásia e do suicídio assistido – apresentado em 2008 – teve o veto do monarca por convicções religiosas. Se por um lado, o Grão-Duque Henri se recusava a assinar o documento referente a essa lei, sendo um requisito exigido pela constituição do país; por outro lado, os apoiadores do parlamento se empenhavam em construir possíveis estratégias para a legalização da eutanásia e a assistência ao suicídio. Ao passo que diálogos, esclarecimentos e informações sobre os temas se difundiam entre os residentes e cidadãos de Luxemburgo se estabeleceu – através de uma emenda constitucional – a supressão da assinatura do Grão-Duque nas leis aprovadas pelos deputados. Em outros termos, o monarca não deveria mais sancionar as leis e sim promulgá-las (PATIENTS RIGHTS COUNCIL, 2013; CONSTITUTE, 2012).

Por sua vez, é preciso ponderar que somente essa implementação não seria suficiente, ou seja, a substituição do dever constitucional do Grão Duque de sancionar as leis – ato que significava a sua aprovação à lei votada pelos deputados – pelo dever de ter apenas de promulgá-la, isto é, publicá-la. A objeção de consciência do monarca em relação à eutanásia e o suicídio assistido, certamente, era expressão da contrariedade de uma parcela da população e sua representação política. Logo, com a finalidade de construir alternativas razoáveis diante de um pluralismo moral, a Câmara de Deputados aprovou, concomitantemente, uma lei relacionada a eutanásia e ao suicídio assistido e uma outra lei referente aos cuidados paliativos, instruções prévias e acompanhamento em fim de vida, como resultado do debate e do processo legislativo e no escopo de harmonizar as divergências. No mesmo ano, o Ministro da

Saúde e Seguridade Social, Mars Di Bartolomeo (2010, p. 6) colabora com a seguinte afirmação.

A Lei de 16 de março de 2009 procura, por um lado, respeitar a liberdade de consciência do médico que é livre para responder ou não a um pedido de eutanásia ou suicídio assistido. Por outro lado, os legisladores consideraram que esse respeito necessário à liberdade de consciência do médico e da equipe de assistência médica não deveria justificar a obrigação de um paciente em situação terminal continuar vivendo em angústia e sofrimento insuportáveis (DI BARTOLOMEO, 2010, p. 6).

Com efeito, houve a abrangência de valores basilares dos sistemas morais vigentes no país. Ao evitar que a lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido, eventualmente, assumisse um ato de única alternativa para uma pessoa acometida por uma doença sem possibilidade de cura e em estágio avançado – diante de sintomas intoleráveis – se observa o contínuo respeito à diversidade de apreensões da própria realidade para que os conflitos éticos se tornem processos deliberativos com soluções razoáveis. Do mesmo modo, ao delimitar os cuidados paliativos numa lei específica e reconhecê-los como direito de todos os seres humanos para que situações evitáveis e injustas sejam solucionadas e não incidam na dignidade da pessoa – respeitando a autonomia da vontade e a liberdade de escolha no processo de vida e morte – proporciona o elo fundamental ao processo de morrer e morte. Inclusive, aos seres humanos que não têm capacidade legal de escolha como descrito na cartilha com vinte e cinco perguntas e vinte e cinco repostas acerca da eutanásia e do suicídio assistido, elaborada pelo Ministério da Saúde de Luxemburgo.

Ao votar simultaneamente a lei relativa aos cuidados paliativos e a lei acerca da eutanásia e do suicídio assistido, o legislador quis, de um lado, destacar a sua vontade de realizar tudo para continuar a desenvolver os cuidados paliativos. De outro lado, quis permitir a liberdade de escolha dos pacientes relativamente às modalidades do fim da vida, protegendo os médicos que aceitarem aceder ao seu pedido de eutanásia ou de suicídio assistido, no respeito das condições previstas pela lei, suprimindo o risco dos processos penais contra os médicos (LUXEMBURGO, 2010, p. 11).

Ainda que o ato praticado na eutanásia e assistência ao suicídio esteja direcionado a dignidade da pessoa que solicita; é preciso estar sempre atento para que não haja uma sobreposição de valores, desempenhando os critérios

estabelecidos na lei para garantir a transparência e o controle dos atos médicos ligados à interrupção voluntária da vida. Oportunamente, a lei referente aos cuidados paliativos estabelece critérios essenciais à assistência ao processo de morrer e a morte, sendo os cuidados concedidos ou ampliados, dependendo da necessidade da pessoa solicitante em que “o Fundo Nacional de Saúde (*Caisse nationale de santé*), após ter recebido um parecer favorável do Conselho Médico da Seguridade Social, estabelece uma declaração de cobertura que é enviada ao médico assistente ou à instituição da rede que proporciona os cuidados à pessoa” (LUXEMBURGO, 2018, p. 2).

Convém esclarecer que o Fundo Nacional de Saúde proporciona a cobertura dos serviços prestados à pessoa que está morrendo, independentemente, do local onde o atendimento está sendo prestado; seja no hospital, estabelecimento de saúde ou em casa. No âmbito dos cuidados paliativos, a pessoa possui o direito a todos os benefícios de seguro de assistência a longo prazo, conforme a sua necessidade e que incluem auxílio a atividades diárias básicas – totalizando 38,5 horas por semana – e tarefas domésticas, sendo quatro horas por semana; bem como quatorze horas por semana de apoio individual ou em grupo que abrangem serviço noturno de enfermagem, atendimento de psicólogo ou terapeuta ocupacional. Ainda, é previsto o aconselhamento ao paciente e àqueles próximos a ele; assistência técnica e o fornecimento de produtos necessários para a assistência e os cuidados (LUXEMBURGO, 2018).

É possível dizer que muitos avanços tecnológicos e científicos são realizados para proporcionar qualidade de vida e morte às pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura; porém, a aproximação à morte é concreta e palpável. Para Castro *et al.* (2016) há diferença nas legislações da Holanda e Bélgica para a lei que orienta o processo de morte assistida em Luxemburgo; pois, abrange apenas adultos competentes, portadores de doenças sem possibilidade de cura e terminais. Por mais que existam as diferenças de territórios, o processo legal, nos três países, deve cumprir diversos critérios semelhantes; tais como, o paciente deve ser competente, realizar o pedido voluntariamente e ser portador de condições crônicas que causam intenso sofrimento físico ou psicológico. Além disso, o médico deve informar o paciente sobre as suas condições de saúde e expectativa de vida, para que as decisões sejam tomadas com conhecimento e informação. Nos processos

de tomada de decisão em que haja o pedido explícito à assistência a morte, outro médico sempre deve ser consultado a respeito do caso e todos os procedimentos devem ser reportados às autoridades.

Ainda que muitos países prosseguem aprimorando a assistência ao processo de morrer e a morte através de leis específicas sobre a temática – com uma abordagem detalhada de cada tópico relevante ao movimento dinâmico de se viver e morrer – é possível averiguar alguns países que percorrem uma trajetória um pouco distinta; tais como, a Finlândia que é contextualizada a seguir.

3.8. Finlândia

Ao contextualizar sobre a Finlândia e sua trajetória no desenvolvimento de um processo de morrer e morte que respeite a diversidade de sistemas morais vigorantes no país é preciso fazer referência ao Conselho Consultivo Nacional de Bem-Estar Social e Ética de Cuidados de Saúde (ETENE) que, no início de 2011, decidiu promover uma discussão sobre a eutanásia e suicídio assistido, estabelecendo um grupo de trabalho (comissão) para aprimorar o nível de conhecimento sobre os temas (FINLANDIA, 2012). Com efeito, muitos resultados foram apresentados à população, inclusive, uma declaração da ETENE de 1º de janeiro de 2012, divulgada pelo Ministério de Assuntos Sociais e Saúde.

Suicídio assistido não é crime na Finlândia. O suicídio assistido está ligado aos cuidados de final de vida quando o paciente toma a dose letal do remédio por conta própria. Colocar a dose de medicamento ao alcance do paciente, a pedido do paciente, quando ele decide terminar sua vida, é considerado suicídio assistido (FINLANDIA, 2012, p. 2).

De fato, no código penal ou criminal da Finlândia não há registro sobre o suicídio assistido; nem sequer menciona o suicídio (FINLANDIA, 1889). Entretanto, o procedimento de assistência médica ou profissional ao suicídio não é legalizado ou regulamentado por lei. De acordo com a *Euthanasia Research & Guidance Organization* (ERGO, 2019), se um assistente informar às autoridades responsáveis pela aplicação da lei que ele próprio auxiliou uma pessoa a morrer e, desde que a ação fosse justificada, nada mais lhe aconteceria; pois, tal situação acontece,

principalmente, entre amigos que agem discretamente. No entanto, se os médicos finlandeses praticassem o suicídio assistido ou a eutanásia em um paciente, a situação poderia ser analisada de forma distinta, mesmo não sendo apresentado registros históricos de casos que se sucederam dessa maneira.

Para o Conselho Consultivo Nacional de Bem-Estar Social e Ética de Cuidados de Saúde (ETENE) a discussão sobre a eutanásia “é necessária porque, na opinião do Comitê Consultivo, podem existir situações ocasionais em que não existem fundamentos éticos para excluir completamente o possível uso da eutanásia” (FINLÂNDIA, 2012, p. 8).

Nesta perspectiva, o comitê destaca que a complexidade construída entorno a eutanásia possui uma ligação com “valores políticos e sociais e, portanto, a tomada de decisão sobre a aceitabilidade da eutanásia requer debate público e formação de vontade pelo parlamento” (FINLÂNDIA, 2012, p. 2). Logo, antes da recomendação sobre a legalização da prática de eutanásia é indicado diálogo sobre o tema, conforme descrito no seu relatório final.

Em relação a prática da assistência ao suicídio em determinadas situações à população da Finlândia há uma lacuna importante a ser preenchida para que haja respeito à liberdade de escolha e autonomia da vontade de cada ser humano no processo de tomada de decisão com conhecimento, informações e cuidados em fins de vida que é; juntamente, com o debate, as suas propostas de regulamentação. Ao buscar a harmonia e serenidade de um processo – que, muitas vezes, se torna difícil; porém, inevitável ao ser humano – se transcende no movimento de seus valores espirituais. Oportunamente, o próximo e último país a ser delineado é a Alemanha já que o suicídio também não era mencionado no seu código penal.

3.9. Alemanha

No âmbito do código penal alemão – até o ano de 2015 – o suicídio não era mencionado como descrito pelo Centro Alemão de Referência para a Ética nas Ciências da Vida (*Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften*) reconhecido pela sigla DRZE (2020). Em casos concretos, seriam avaliados apenas os critérios para as infrações de “morte por um terceiro” (“*Fremdtötung*”) - como definido pelo art. 211 (assassinato), artigos 212 e 213 (homicídio e homicídio culposos)

e art. 216 (homicídio a pedido) do Código Penal Alemão – *Deutsches Strafgesetzbuch*, StGB (GERMAN LAW ARCHIVE, 2020).

Se por um lado, no art. 216 é caracterizável o cessar de uma vida a pedido – ao ser qualificado nos seus incisos – em graves problemas aos adeptos da assistência médica ou profissional para a eutanásia, bem como aos profissionais que se disponibilizam a realizar o ato. Convém observar, que dentre os seus dois incisos, estão envolvidos os seus possíveis efeitos; pois, “alguém que é morto pelo pedido expresso e reconhecido da vítima, a pena será de prisão de seis meses a cinco anos. [Segundo,] a tentativa poderá ser punível/criminal” (GERMANY, 2020, p.83).

Por outro lado, diante do texto impreciso apresentado no Código Penal Alemão em referência ao suicídio assistido em situações específicas, bem como a presença de muitos cidadãos adeptos ao procedimento em casos de sofrimento insuportável relacionados a doenças em estágio avançado e sem possibilidade de cura – se diferencia a possibilidade da prática do ato, no país, através da ação praticada pela própria pessoa solicitante ao ingerir a dose letal de medicamento.

Mesmo assim, por longos períodos, as práticas e as conclusões necessárias para as condutas profissionais sobre a assistência no processo de morrer e a morte dependiam da interpretação da lei vigente, bem como dos estatutos internos das associações alemãs na área da saúde. No âmbito profissional – seja para a equipe de enfermagem e médicos, bem como os juristas – a situação resultou em inseguranças e riscos de ações judiciais que se confundiam em parte com a criminalidade. Por mais que se buscavam soluções razoáveis aos questionamentos no processo de tomada de decisão de determinadas situações, era possível constatar a interligação da interpretação das leis com certas concepções éticas e morais vigentes.

Com efeito, a DRZE (2020) buscou esclarecer que o suicídio não constitui um ato criminoso, ou seja, a assistência ao suicídio, também, não é punível por lei. Inclusive, nas análises realizadas sobre os casos de suicídio assistido nos tribunais foram observados que as suas próprias construções decorreram na possibilidade de identificar fatores e circunstâncias que poderiam constituir crimes, como homicídio ou omissão. Em decorrência disso, tanto se a assistência ao suicídio fosse realizada por um médico ou parente próximo, o dever legal que essas pessoas assumiriam em relação à pessoa com o desejo expresso da morte seria considerado, adicionalmente,

significativo; como a omissão, também, poderia ser indagada em ofensa criminal, em tais casos.

Neste contexto, é preciso ponderar os dois artigos que se destacam na lei básica da República Federativa da Alemanha para a autodeterminação e que são elencados a cada debate sobre a temática. Primeiramente, se descreve que “a dignidade humana é inviolável. Respeitá-la e protegê-la deve ser dever de toda autoridade estatal. [Assim,] o povo alemão, portanto, reconhece os direitos humanos invioláveis e inalienáveis como a base de toda comunidade, da paz e da justiça no mundo. (...)” (GERMANY, 2019a, p. 01). Certamente, interpretações podem ser referidas ao texto mencionado de diversas maneiras; porém, o importante é compreender que existe uma base para toda e qualquer dignidade humana que não deveria ser nunca desrespeitada entre os seres humanos.

Do mesmo modo, se apresenta – o segundo artigo – com os aspectos que compõe a liberdade do ser humano, pois “toda pessoa terá o direito de desenvolver livremente sua personalidade, desde que não viole os direitos de outras pessoas nem ofenda a ordem constitucional ou a lei moral”. Por sua vez, no seu segundo inciso, “toda pessoa tem direito à vida e à integridade física. A liberdade da pessoa deve ser inviolável. Esses direitos podem ser interferidos apenas nos termos de uma lei” (GERMANY, 2019a, p. 01).

Isso posto, é possível dizer que mediante a dignidade humana e a liberdade da pessoa, sistemas morais se difundem a concepções de vida; em que valores vitais e espirituais possuem uma específica e sucessiva dependência na sua hierarquia em que se adquire um equilíbrio através da construção de mundo; onde, as categorias inferiores (valores vitais) possuem elementos contidos nas superiores (valores espirituais) que, por sua vez, admite o fato de que “sem matéria, não pode haver vida; sem vida, não pode haver consciência; sem consciência, não pode haver Espírito” (HESSEN, 1980, p. 220). Por mais que se busque argumento para justificar o reverso; facilmente, se verifica a sua insustentabilidade. Assim, é possível ponderar que os valores vitais têm uma maior força, pois não se anulam com os valores espirituais que em contrapartida possuem elementos que permitem reduzir referidas dependências aos seus justos limites. Mais adiante, em fundamentações filosóficas, retornaremos

ao assunto específico, delineando a estrutura da construção da hierarquia de valores e as duas leis – consideradas como lei da força e a lei da liberdade.

Assim, ao passo que o processo de morrer e a morte se materializavam no país e o suicídio assistido não possuía regulamentação específica, bem como menção no código penal; o Tribunal Federal de Justiça – ao ser acionado – proferia sentenças sobre o suicídio assistido que, muitos cidadãos consideravam como jurisprudências; tais como, o julgamento de 25 de junho de 2010. Nesse julgamento, divulgado amplamente pela mídia e conforme o jornal alemão *Deutsche Welle* (DW, 2010, p.01), houve o consenso pela corte de justiça da possibilidade do suicídio assistido nos casos em que existe uma autorização expressa do paciente, pois “a vontade expressa do paciente é decisiva, mesmo quando este já não estiver consciente” destacaram os juízes alemães.

Antes que se pudesse distinguir os problemas referentes ao valor e os problemas do ser, considerando que “o *mundo real* é o infinito da abundância; a *vida real* é uma vida saturada e inundada, por todos os lados, de valores que a repassam” (HESSEN, 1980, p. 64, grifos do autor) transparece a situação paradoxal que permeia os embates sobre o processo de morrer e a morte. Neste espaço temporal permaneceu, nitidamente, de um lado o valor da liberdade ou da autodeterminação individual e, de outro lado, o valor da proteção absoluta da vida de alguém, mesmo contra sua própria vontade.

Com efeito, o argumento do crescente risco de mercantilização dos serviços de apoio ao suicídio assistido ou até mesmo da própria prática mediante a necessidade de proteção absoluta da vida pelo Estado, acarretou a aprovação pelo parlamento alemão em 6 de novembro de 2015 de uma lei proibindo a “promoção comercial do suicídio” – *Law on the Criminality of Commercial Promotion of Suicide* – descrita no art. 217 do Código Penal. Mesmo que o primeiro inciso se compõe em “qualquer pessoa que pretenda promover o suicídio de outra pessoa e, comercialmente, lhes dê a oportunidade de fornecer ou mediar é punida com pena de prisão até três anos ou multa”; o segundo inciso, de uma certa maneira, se contrapõe ao afirmar que “os participantes permanecerão impune, os quais não são proprietários de negócio, nem são afiliados à outra pessoa mencionada no parágrafo” (GERMANY, 2019b, p.109).

Dessa forma, a *Dignitas Deutschland* – que, até o momento, foi uma filial da Clínica Dignitas da Suíça; realizando entre outras atividades o acompanhamento da morte voluntária em situações específicas – precisou se desfiliar, oficialmente, para continuar a desenvolver o seu trabalho. Assim, a instituição contava com o auxílio de familiares, parentes e amigos próximos das pessoas que solicitavam o suicídio assistido para buscar a dose letal do medicamento na Suíça e entregar ao solicitante (GBS, 2019).

Certamente, na tentativa de construir barreiras às associações dedicadas a proporcionar o suporte necessário ao processo de morrer e a morte se ressaltou a possibilidade de o médico enfrentar processo por prescrição de medicamentos letais. Todavia, representantes das associações e pessoas acometidas por uma doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura encararam esses retrocessos; participando de diálogos, debates públicos e processos judiciais, frisando o respeito ao pluralismo moral e o equilíbrio entre a hierarquia de valores e os seus suportes, considerando os limites de uma construção de valores (GBS, 2019; DGHS, 2020).

Na tentativa de esclarecer que a tensão sucumbida entre a liberdade de escolha, defendida pelo liberalismo, e a proteção absoluta à vida, protegida pelo paternalismo encarnado no Estado, contém um alerta para não se deixar margens à repetição do período histórico nazista que desviou do caráter humanitário de práticas – a eutanásia e suicídio assistido – ao deturpar seus conceitos e critérios para banalizar a violência contra os devidos limites entre a construção de valores e a hierarquia de valores, sobretudo contra as pessoas com transtornos mentais e acometidas por uma deficiência física (DRZE, 2020).

O impacto da sua história recente, converge para uma reflexão crítica sobre a influência das instituições públicas no comportamento e na construção de valores de seus cidadãos, afetando o processo de tomada de decisão e normatizando deturpações de valores, bem como a própria ausência de alguns valores no ser humano. Efetivamente, se adentra a um emaranhado de resultados trágicos em que se pode descrever um específico paternalismo entre o Estado e os cidadãos durante a elaboração de normas jurídicas e morais; estabelecendo regras e influenciando no processo de tomada de decisão ininterruptamente. No âmbito familiar, seria semelhante aos pais que buscam sempre proteger o seu filho durante a tomada de

decisão, sem considerar a amplitude e magnitude do próprio processo de personalidade desse ser humano em desenvolvimento.

É indispensável admitirmos que os conflitos são inerentes a vida humana; pois, os valores estão circundantes na sociedade e imutáveis, todavia, não se pode confundir os valores com os seus suportes já que os seres humanos se apresentam em um movimento dinâmico de apreensão de realidades e são mutáveis. Nesta perspectiva, é possível descrever que a partir do ano de 2017 a incerteza jurídica se agravou sobre a assistência no processo de morrer e morte com uma sentença proferida no Tribunal Administrativo Federal de Leipzig (que é o mais alto tribunal da Alemanha para disputas entre cidadãos e o estado) – no dia dois de março – em que o Instituto Federal de Medicamentos e Produtos Médicos não poderiam recusar medicamentos letais em casos extremos, suscitando questionamentos entre os médicos (DIGNITAS, 2020b).

Diante dos acontecimentos, tanto os profissionais receavam ser penalizados ao proporcionarem tratamento terapêutico às pessoas em estágio avançado de uma doença sem possibilidade de cura – considerando ou não a morte assistida moralmente justificável, se não há saída para o sofrimento – como as próprias pessoas acometidas pela doença. Por conseguinte, ações foram se concretizando, pessoas com doenças graves se apresentaram ao Tribunal Constitucional Federal (Corte Suprema) e em recurso, evocaram o direito a personalidade, que contém o direito de autodeterminação do processo de morrer e morte em determinadas situações; enquanto, que as associações para a morte assistida, denunciavam que a legislação os impedia de agir por seus filiados no processo de vida e morte.

Com efeito, a prática do processo de morrer e a morte assistida com o devido cuidado vai se tornando cada vez mais uma exigência legal em que critérios, diretrizes, bem como a composição de seus aspectos mais importantes precisam ser esclarecidos e deliberados. Enquanto os impetrantes das ações judiciais contra o art. 217 do Código Penal aguardavam a abertura do processo no Tribunal Constitucional Federal (Corte Suprema) – muitas vidas seguiam o seu percurso para a morte com um processo de sofrimento intolerável ou não – ocasionando embaraços e dúvidas ao sistema judiciário.

Nesta estatística, permaneceu o médico alemão Uwe-Christian Arnold que obteve vários embates com os tribunais de justiça ao praticar e defender a morte assistida com os devidos cuidados; visto que, no percurso do processo na corte suprema, veio a falecer acometido por um câncer. Em abril de 2019, Christian deveria estar presente na audiência do Tribunal Constitucional Federal; porém, o câncer do qual ele sofria há muito tempo, o atingia cada vez mais e, gradualmente, impossibilitou o seu deslocamento de Berlim, onde residia, para Karlsruhe. Mesmo assim, escreveu a sua opinião como profissional de saúde e pessoa com vasta experiência em situações clínicas irreversíveis e intoleráveis ao ser humano e pediu ao seu advogado que realizasse a leitura, durante a audiência. A propósito, Christian expôs ao seu amigo Michael que, apesar das altas doses de morfina, a dor havia se tornado tão insuportável que não fazia mais sentido adiar a morte por mais tempo (GBS, 2019).

Ainda assim, um longo ano de diálogos, debates e compartilhamento de conhecimento transcorreram na corte Suprema da Alemanha; resultando na anulação do art. 217 do Código Penal (Strafgesetzbuch - StGB) devido a sua violação à Lei Básica. Neste julgamento, proferido no dia vinte e seis de fevereiro de 2020, houve o esclarecimento de que o legislador possui responsabilidades na construção de regras à assistência ao suicídio; todavia, ao aprovar disposições legislativas, deve garantir que haja espaço suficiente para a pessoa exercer seu direito a uma morte autodeterminada e prosseguir na tomada de decisão com autonomia (GERMANY, 2020). Neste contexto, finalizamos o capítulo com reflexões importantes na morte voluntária e o advento de um ser humano na contestação de seus valores.

3.10. Nuances de um último ato de apreensão da realidade atualizada na inteligência

O movimento dinâmico na personalidade abrange, indubitavelmente, a estreita conexão entre a liberdade e a autonomia pessoal para o ato de autodeterminação e responsabilidade mediante o equilíbrio com a força de vitalidade. Na proteção da individualidade, identidade e integridade física se pondera a estruturação da diversidade de sentires na unidade intelectual de realidade para o ato único de apreender sencientemente o real. Vale dizer, como descrito por Zubiri (2011, p.46),

“o homem escolhe intelectivamente sua resposta. Escolher é determinar uma resposta na realidade e segundo a realidade” (...).

(...). Minha própria vida pessoal é de caráter campal. Mas o que eu sou como realidade não se esgota no que sou eu como contra distinto das demais coisas, e da minha realidade entre elas, senão que minha realidade campal, minha **personalidade**, compreende também outras coisas como momentos de minha vida pessoal (ZUBIRI, 2011, p.199, grifo nosso).

Se por um lado, cessar a própria vida em uma decisão informada e deliberada possuem em um único ato de apreensão, dois momentos importantes e distintos; por outro lado, é preciso permanecer elucidado que já estamos instalados na realidade. Dessa forma, aquilo que se percebe do mundo (sistemas morais, valores, cores, pessoas, sons, entre outros) é real e, na sua composição estrutural, os caracteres que o apreendido tem na sua própria apreensão ele os têm em próprio, pois não se trata de ir além do apreendido na apreensão, mas do modo como o apreendido fica na própria apreensão.

A dignidade humana exige, portanto, que qualquer ser humano seja incondicionalmente reconhecido como um indivíduo com autonomia pessoal. As garantias específicas decorrentes do direito geral da **personalidade** dão efeito a essa **noção de autonomia pessoal e autodeterminação**. Eles salvaguardam as condições básicas que permitem ao indivíduo encontrar, desenvolver e manter sua identidade e individualidade na autodeterminação. Manter a personalidade de alguém na autodeterminação exige que o indivíduo possa controlar sua vida em seus próprios termos e não seja forçado a viver formas que são fundamentalmente irreconciliáveis com suas ideias de personalidade e identidade pessoal (GERMANY, 2020, p. 3).

No âmbito da afecção do real, a alteridade da realidade e a imposição da realidade há a impressão da realidade, transformando a capacidade de autodeterminação e responsabilidade pessoal que compõe a personalidade. Por sua vez, “(...) a autonomia pessoal e o desenvolvimento da personalidade são parte integrante da liberdade humana e a garantia da dignidade humana abrange, em particular, a proteção da individualidade, identidade e integridade da pessoa (GERMANY, 2020, p. 02).

Em outros termos, no desenvolvimento da personalidade – a escolha em autodeterminação – se refere aos aspectos básicos de cada existência humana, incidindo na identidade e a individualidade dessa pessoa como nenhuma outra decisão. “Portanto, o direito a uma morte autodeterminada não se limita ao direito de recusar, por vontade própria, tratamentos de manutenção da vida. Também se estende aos casos em que o indivíduo decide tirar a própria vida ativamente” (GERMANY, 2020, p. 04).

Além disso, é imprescindível considerar que a noção de liberdade se aplica em todas as etapas da vida ou doença de cada ser humano com o livre desenvolvimento da personalidade; sendo que argumentos falaciosos pouco contribui para o avanço do próprio ser humano em sociedade.

O direito de cometer suicídio não pode ser negado com o argumento de que uma pessoa que comete suicídio perde sua dignidade, pois, ao terminar sua vida, também renuncia à própria base de autodeterminação. Em vez disso, o ato autodeterminado de cessar a sua própria vida é uma expressão direta, embora final, da busca pela autonomia pessoal inerente à dignidade humana (GERMANY, 2020, p.5).

Pois bem, ao inscrever o momento próprio de alteridade dentro da impressão de realidade enquanto afecção e enquanto força de imposição se torna concreto a conexão basilar de autodeterminação e autonomia pessoal presente no ser humano e que o compõe. Os aspectos básicos de sua existência humana se impõem com os três momentos, incidindo na sua identidade e na sua individualidade como o último ato de apreensão da realidade atualizada na inteligência.

Portanto, ele se sente na realidade como se estivesse relativamente solto de tudo o mais; isto é, como relativamente “absoluto”. Não é parte do mundo, mas está nele, conquanto se recolhendo à sua própria realidade. A instauração do homem como realidade pessoal no mundo não é, pois, integração, mas *absolutização*, por assim dizer. (...). Certamente, por alguns momentos de sua realidade, a pessoa está integrada no mundo; por exemplo, por seu corpo. Mas, enquanto pessoal, este mesmo corpo transcende toda e qualquer integração: o corpo é pessoal, mas o é formal e precisamente não como organismo nem como sistema solidário, mas como princípio de atualidade. Em contrapartida, aquele caráter absoluto se funda numa transcendência, em algo que, partindo (como organismo) do mundo, está, no entanto,

nele, transcendendo-o, isto é, tendo um caráter de absoluto relativo (ZUBIRI, 2011, p.154, grifos do autor).

Dito isso, nos aproximamos ao fato do absoluto – em que os seres humanos nas realidades relativamente absolutas – possuem a unidade que os pertence tão somente de pessoa enquanto pessoa, isto é, o sagrado que torna possível afirmar que somente as pessoas podem ser impessoais e elucidando que a unidade das outras coisas pertence ao “a-pessoal” e, estas sim, são integração.

Ao tornar concreto a superioridade da própria existência de pessoas enquanto pessoas como valor absoluto se esclarece em Cortina (2009, p.264) que “tal valor não está em característica alguma de que um homem disponha e outros careçam, não radica em uma faculdade que se possa perder. O valor está em todo homem, enquanto homem, porque sua humanidade já é imagem divina”.

Assim, se exemplifica a necessidade de esmiuçar o fato moral de sua justificativa; pois, na conexão da argumentação, muitas vezes, se averigua a menção a normas, hábitos, sentimentos, códigos morais, entre outros. Se por um lado, na relação entre a sua apreensão da realidade e impressão há suscitação, modificação tônica e resposta para o agir com uma base de autodeterminação na pessoa. Por outro lado, é preciso refletir em “razões bem articuladas para esclarecer por que preferimos alguns valores e não outros, certas teorias e não outras, determinados critérios e não outros” (CORTINA; MARTÍNEZ, 2015, p. 127). Nesse processo se reitera a própria relação de determinações que, para Cortina e Martínez (2015, p. 259-260), proporcionam “racionalidade, coerência lógica ao fato; no caso da fundamentação da moral, que confira coerência ao âmbito prático”.

Ao buscarmos fundamentar a moral, argumentando e trazendo a sua coerência no movimento dinâmico de realidade se pondera o desenvolvimento próprio na personalidade com o ato elementar da inteligência que é a apreensão do real como real em que o próprio percebido contém dados efetivos da construção moral.

A unidade de suscitação, modificação tônica e resposta se romperia se o homem não pudesse apreender os estímulos de maneira nova. Quando os estímulos não são suficientes para responder adequadamente, o homem suspende, por assim dizer, sua resposta e, sem abandonar o estímulo, antes o conservando, apreende-o de

acordo com o que ele é em próprio, como algo 'de seu', como realidade estimulante, isto é, apreende o estímulo, mas não estimulicamente: é o orto radical da intelecção (ZUBIRI, 2011, p. 5, grifos do autor).

Mesmo que os tipos de realidades são diversos, isto é, “não são idênticas a realidade de uma coisa material e a realidade de uma pessoa, a realidade da sociedade e a realidade da moral”, por exemplo; é preciso destacar que “ a realidade não significa apenas o que é real para além do percebido, mas também o que é real no próprio percebido” (ZUBIRI, 2011, p.125-126).

Com efeito, há o envolvimento de uma linguagem moral na construção de argumentos morais e seus fundamentos nas diferentes realidades em que se torna demonstrável a razoabilidade do agir humano. Portanto, na construção de uma argumentação estão sempre vigentes os sistemas morais e as teorias éticas ao longo da história, plena de categorias e elementos que contribuem na sua constituição. Nesta perspectiva, nas próximas linhas, adentramos em uma breve análise de argumentos conectados a prática da eutanásia que foram realizadas por alguns autores e, oportunamente, distinguimos as diferenças entre a construção moral e fundamentos. Para isso, após a apresentação de argumentos elencados com os seus possíveis fundamentos, se delinea as principais fundamentações filosóficas ao longo da história para, então, assinalarmos os devidos referenciais teóricos.

4. O ATO EUTANÁSICO NA ARGUMENTAÇÃO MORAL

Como sabemos, é moralidade comum, universal, a proibição de cessar a vida de uma pessoa inocente. Todas as sociedades proíbem. “A proibição de matar está entre as regras morais mais importantes” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 16). Contudo, todas as sociedades abrem exceções à regra; normalmente, permitindo que se interrompa a vida em determinadas situações, ou seja, “(...) poucas pessoas acreditam que seja *sempre* errado matar – a maioria das pessoas pensam que há exceções, como a de matar em autodefesa” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 16, grifo dos autores) e na pena de morte.

Entretanto, na história da humanidade nunca foi consenso moral a permissão para cessar a vida de pessoas inocentes, em determinadas situações, como por exemplo, para salvar outras pessoas⁴⁴ ou diante de uma situação de forte sofrimento por doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura, isto é, interromper a vida de outrem mediante justificativas racionalmente aceitáveis; mesmo que a ação denominada – desde a antiguidade grega –, de eutanásia tenha o significado etimológico (do grego *eu*, ‘boa’, e *thanatos* ‘morte’) de morte boa, sem dores e angústias.

O debate sobre a eutanásia não se concentra na legitimidade de dispor da vida de qualquer pessoa, mas de a pessoa enferma, para a qual não existem esperanças de vida em condições que possam ser qualificadas como humanas, pedir e obter a eutanásia (...). O conceito clássico de eutanásia é tirar a vida do ser humano por considerações ‘humanitárias’ para a pessoa ou para a sociedade, no caso de deficientes, anciãos, enfermos incuráveis (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287).

No âmbito da delimitação lexical dos termos referentes à bioética do fim da vida, Siqueira-Batista e Schramm (2005, grifos dos autores), exemplificam que as

⁴⁴ O exemplo de Rachels e Rachels (2013), sobre a possibilidade de consenso, é o caso do Bebê Theresa que nasceu anencéfalo e seus pais doaram os órgãos, mas a lei da Flórida não permitia a retirada dos órgãos antes da morte do doador e os anencéfalos não se adequavam aos requisitos técnicos de morte cerebral. Para os autores, em geral é errado matar uma pessoa para salvar outra, mas não sempre. Se a definição de morte fosse reformulada para incluir os anencéfalos, o argumento a partir da incorreção de matar seria desafiado.

modalidades utilizadas, atualmente, para a classificação da eutanásia basear-se-iam ao *ato em si* e no *consentimento do enfermo*.

Figura 3: Classificações da eutanásia e suicídio assistido.

1) Quanto ao ato pode ser classificada em: eutanásia ativa – ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (por exemplo, utilizando uma injeção letal); eutanásia passiva – quando a morte ocorre por omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivida (por exemplo, deixar de se iniciar aminas vasoativas no caso de choque não responsivo à reposição volêmica).



2) Quanto ao consentimento do enfermo pode ser classificada em: Eutanásia voluntária – em resposta à vontade expressa da pessoa doente – o que seria um sinônimo do suicídio assistido; eutanásia involuntária – quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo, o que, em linhas gerais, pode ser igualado ao “homicídio” e eutanásia não voluntária – quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade da pessoa doente. Por exemplo, aqueles que são incapazes de dar consentimento. Essa classificação incluiria bebês com doenças incuráveis ou graves deficiências e pessoas que, devido a acidentes, doença ou idade avançada, perderam permanentemente a capacidade de compreender as questões em causa, sem terem previamente pedido nem rejeitado a eutanásia efetuada nessas circunstâncias.



Por último, o **suicídio assistido** - ocorre quando uma pessoa, racionalmente capaz de decidir, solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer, ou seja, significa assistir intencionalmente o suicídio de outra pessoa ou proporcionar a essa outra pessoa os meios para realizar o ato.

Todavia, outros termos utilizados para as práticas na área da saúde, necessariamente, se considera importante a definir, tais como a *distanásia* e a *ortotanásia*.

Ao passo que Pessini (2007, grifo do autor) menciona que a *distanásia*, na manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, leva a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam, de fato, a morte uma espécie de *hipermorte*. Siqueira-Batista e Schramm (2005), ressaltam que a *distanásia* – também identificada com a denominada *obstinação terapêutica* – está contraposta à eutanásia a qual tem como interfaces tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina – capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades para salvar grande número de vidas – quanto o arcaico desejo humano de superar a morte.

Ainda, os autores fazem referência a outro vocábulo utilizado e demarcado como a morte no seu tempo certo – sem os tratamentos desproporcionais (*distanásia*) e sem a abreviação do processo de morrer (*eutanásia*) – que é a *ortotanásia*.

No âmbito da terminologia eutanásia – se observa a importância de resgatar na história – o seu significado semântico sincrônico e diacrônico para distinguir o significado das palavras e o sentido em que estão sendo empregadas mediante as mudanças assumidas no tempo e no espaço. Siqueira-Batista e Schramm (2005), bem como Lepargneur (2009) ressaltam a existência de uma grande polissemia do vocábulo *eutanásia*, que gera inúmeros equívocos e se explica, em ampla avaliação, pela própria “biografia” da palavra – longa, conflituosa e sujeita a gigantescas variações culturais. Em outros termos, não houve e não há, em torno dessa palavra e suas variantes – quanto ao ato e ao consenso do enfermo – uma conotação única no estabelecimento da justificativa moral.

Na concepção de Goldim (2000), os valores socioculturais e religiosos envolvidos na eutanásia advêm desde a Grécia antiga, quando Platão, Sócrates e Epicuro acreditavam que o sofrimento originado de uma doença dolorosa seria argumento suficiente para o suicídio. De fato, “o termo ‘eutanásia’ passa por uma evolução semântica ao longo dos séculos. (...) A partir de Tomás Morus e Roger Bacon, no século XVII, o termo ‘eutanásia’ adquire o significado que faz referência ao

ato de pôr fim à vida de uma pessoa enferma” (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287, grifo do autor). Entretanto,

No século XX passou a ter a conotação pejorativa para muitas sociedades e, pouco a pouco, a representar um mero eufemismo para significar a supressão indolor da vida voluntariamente provocada de quem sofreu ou poderia vir a sofrer de modo insuportável (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287).

A raiz da conotação pejorativa e, conseqüentemente de um influxo do debate em torno da eutanásia e da possibilidade de sua prática, ocorreu no início do século XX. Nesta época, a Sociedade Internacional para a Higiene Racial – fundada em 1907 pelo movimento eugênico internacional liderado por norte-americanos – promoveu em 1911 (Dresden) e 1912 (Londres), encontros com participantes de vários países, onde cientistas expunham seus estudos eugênicos e discutiam os impactos da eugenia na legislação e nas práticas sociais, a aplicação prática dos princípios eugênicos e a promoção dos ideais eugênicos (KUHL, 2002).

Com a primeira guerra mundial, os encontros cessaram; todavia, a “nazi conexão continuou”⁴⁵ e “o movimento alemão de higiene racial seguiu de perto o desenvolvimento do movimento da eugenia americana” (KUHL, 2002, p. 15), culminando na ciência eugenista nazista e na sua aplicação prática que criou o programa de “assassinato eugênico” durante a segunda guerra mundial.

Azevedo (2014, p. 667) menciona que, em meados de 1939, um grupo de planejamento da Alemanha nazista organizou uma operação de extermínio de crianças e jovens até 17 anos, com deficiência física ou mental grave. Essa operação foi chamada de “Programa de Eutanásia” e, no mínimo, 5.000 crianças morreram devido ao escopo “eugênico”.

Em decorrência disso, os nazistas distorceram o significado da eutanásia com conotações diversas que contribuíram ao desenvolvimento de inúmeros pré-conceitos em torno do tema, por décadas. Holm (2009, s/p) exemplifica que as pessoas discutiam o ato eutanásico na Dinamarca durante os anos 20 e 30; por exemplo, se

⁴⁵ Kuhl (2002) destaca que a liderança da eugenia americana na Sociedade Internacional para a Higiene Racial, antes de 1933, contribuiu com o movimento eugênico alemão, não apenas com ideias, mas também com apoio e recursos financeiros.

extinguindo após as experiências realizadas durante a II Guerra Mundial. Com efeito, ao ser determinado pelo regime nazista como “eutanásia” – o seu programa de extermínio de pessoas – houve uma ampliação do campo semântico da palavra que interrompeu o debate por quase 20 anos. De fato, no contexto das décadas de 20 e 40 a eutanásia seria justificada para a eliminação de seres humanos com deficiências, pessoas em estágio avançado e portadores de doenças considerados indesejáveis, ou seja, um instrumento de higienização social⁴⁶. Depois de um longo período, o debate reemergiu nos anos 60; entretanto, dominado quase que, exclusivamente, pela questão da interrupção do tratamento fútil ou distanásia e não, propriamente, com a eutanásia enquanto tal.

Certamente, a disseminação das ideias em relação a distanásia foram também decorrentes, em partes, pelo desenvolvimento tecnológico em saúde a partir das décadas de 60 e 70. As novas tecnologias permitiram aumentar o tempo de sobrevivência a custos de muito sofrimento, que nem sempre se consegue evitar a morte. Tudo isso fez ressurgir debates em torno das questões acerca da finitude da vida com a eutanásia, ortotanásia e distanásia. Para Ferraz (2001, p. 109)

Com o advento de modernas técnicas terapêuticas capazes de manter e prolongar a vida de pessoas gravemente enfermas, no entanto, a questão da eutanásia teve que voltar ao debate. Pacientes que no passado encontrariam inevitavelmente a morte são hoje conectados a modernos equipamentos que os podem manter vivos indefinidamente.

Em contrapartida, as técnicas e tecnologias de manutenção da vida, como por exemplo, a ventilação artificial contribuiu também para se romper – ao menos em parte – “(...) o tabu que a nossa cultura sempre estabeleceu em torno dos temas relacionados com a (...) a morte” (GRACIA, 1990).

⁴⁶ Isso porque, o ideal da eugenia vinha sendo difundido por toda Europa pelo movimento eugenista; mas foi na Alemanha que tal ideologia se massificou. De acordo com Azevedo (2014, p. 666), “em 18 de agosto de 1939, o Ministério do Interior do Reich promulgou um decreto obrigando todos os médicos, enfermeiros e parteiras a denunciar recém-nascidos e crianças menores de três anos de idade que apresentavam sinais de deficiência física ou mental grave. Começando em outubro de 1939, as autoridades de saúde pública começaram a incentivar os pais de crianças com deficiência a admitir seus filhos em clínicas pediátricas especialmente designadas por toda a Alemanha e Áustria”. Resumindo, não se tratava apenas de cumprir uma ordem do Reich, mas sim de uma adesão dos profissionais e da população, às ideias eugênicas.

Como mencionamos, anteriormente, às unidades de terapia intensiva (UTIs) como as mais sofisticadas “tecnologias duras” podem manter “viva” uma pessoa doente e seu desenvolvimento contribuiu para o debate o tema da eutanásia, tida como sinônimo de “desligar os aparelhos” para consentir que a pessoa doente morra⁴⁷. De fato, de acordo com Gracia (1990), as unidades de cuidados intensivos, os transplantes de coração e as técnicas de suporte vital, entre outros, são alguns dos agentes desta revolução [tanatológica]. Sem eles, talvez se perdesse muito o sentido do atual debate sobre a eutanásia.

A propósito, no Brasil, a fim de descaracterizar a conotação pejorativa que foi dada ao combate à “obstinação terapêutica” ou distanásia se estabeleceu o ideal da ortotanásia (morte no tempo certo; bem como a proporcionalidade entre o tratamento e benefícios esperados). Dessa forma, o remédio para a distanásia (morte fora do tempo, postergada por tratamento desproporcional), ou seja, para impedir o uso indiscriminado de recursos terapêuticos, ineficazes – os quais ao invés de trazer soluções aceitáveis para a pessoa doente, muitas vezes, ocasiona mais sofrimento – passou a ser a ortotanásia, exclusivamente. O que era para ser uma das opções de morrer bem, passou a ser a única opção; portanto, sem autodeterminação pessoal. Há, contudo, uma obscuridade sobre uma possível definição do que seja, “morte no tempo certo” e “proporcionalidade terapêutica”, que voltaremos a discutir.

Pessini (1997), teólogo bioeticista e grande defensor desse ideal não como alternativa, mas como única opção, afirma que na ortotanásia cuidar-se-ia do combate a distanásia, isto é, deixa-se de prolongar a vida inutilmente para que a morte ocorra no tempo certo pela ortotanásia. Certamente, o ideal da ortotanásia, foi uma ótima saída para a teologia dialogar com a bioética e defender a ortotanásia como saída para a incompatibilidade do princípio da santidade da vida e a distanásia; uma alternativa para descaracterizar a insensibilidade que tal princípio poderia trazer ao não permitir nenhuma forma de intervenção no processo de morrer. É o que afirma o teólogo bioeticista Leonard Martin citado por Pessini (2012, p. 151):

⁴⁷ Não por acaso, o primeiro projeto de lei sobre eutanásia, no Brasil, o PL nº 4.662/81, trazia na sua ementa: “permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares e dá outras providências” (BRASIL, 1981).

Sobre o fim da vida, o diálogo [entre a teologia e a bioética] também se torna importante. A questão da eutanásia, por exemplo, muitas vezes gira em torno de um falso dilema, como se as pessoas religiosas que se opõem à eutanásia fossem por isso, insensíveis e cruéis, prontos a sacrificar alguém no altar de normas imutáveis e permitir o sofrimento atroz de uma pessoa concreta em nome de um princípio abstrato superior. O diálogo sobre a arte de morrer revela que, diante do sofrimento intolerável ou de uma vida mantida vegetativamente, pode-se explorar outras avenidas – que não seja simplesmente matar a pessoa portadora da dor ou do sofrimento. Muitas vezes a dor tem remédio e pode ser contornada por sedação, enquanto o sofrimento causado por isolamento e abandono, atuais ou temidos, pode ser enfrentado propiciando à pessoa a experiência de presença, de carinho, de amor gratuito.

Se por um lado, o abandono e o isolamento não devem ser admissíveis. Por outro lado, as intuições sociais; sobretudo, a família e o Estado, não podem abandonar a pessoa que sofre. A dificuldade, que se percebe, é que, ao tentar recusar o absolutismo da santidade da vida como princípio abstrato, se eleva a ortotanásia como norma absoluta e não como princípio que admite exceções. De maneira que se transforma em meio possível para dar soluções a todos os males e sofrimentos com os quais nos deparamos no processo de morrer e na morte, ou como afirmou Martin citado por Pessini (2012) – para a “dor”, “sedativos”; para o “isolamento e abandono”, “presença, carinho e amor”.

Assim, se aprofundam as divergências, em que a pessoa pode decidir refutar tratamentos considerados fúteis mediante a sua autodeterminação e responsabilidade pessoal; todavia, em sofrimentos intoleráveis a autodeterminação e a autonomia da pessoa não pertencem mais a estrutura da pessoa no desenvolvimento de sua personalidade; ocasionando o rompimento dos aspectos básicos da existência humana – ao admitir a ortotanásia como única opção que nos é apresentada, não como alternativa, mas como regra ou norma. Aos defensores da ortotanásia existem diferenças moralmente relevantes entre as práticas, de modo que a eutanásia seria moralmente incorreta.

O direito produz o resultado aparentemente irracional: por um lado, as pessoas podem optar por morrer lentamente, recusando-se a comer, recusando-se a receber um tratamento capaz de mantê-las vivas (...); por outro, não podem optar pela morte rápida e indolor que seus

médicos poderiam facilmente conseguir lhes. Muitas pessoas – médicos, inclusive – acham que essa distinção não é irracional, mas, ao contrário, essencial; acreditam que os médicos não devem transformar-se em assassinos. Para muitas outras pessoas, porém, esse princípio parece cruelmente abstrato (DWORKIN, 2003, p. 259-260).

Todavia, os questionamentos à ortotanásia se fazem necessários porque há controvérsia nos limites explicitados que distinguem a ortotanásia da eutanásia passiva. Uma das indagações,

Em relação ao termo *ortotanásia*, se dirige ao significado deste **tempo certo para morrer**. Com efeito, quem poderia determiná-lo (a não ser talvez o próprio titular da vida em questão) considerando um contexto no qual há possibilidade quase inesgotável de se prolongar a vida? Em outros termos, haveria um verdadeiro limite entre a **eutanásia passiva** – não intervir e deixar de fato morrer – e a dita **ortotanásia** – deixar morrer no momento aparentemente certo? A distinção se mostra conceitualmente precária, por vezes, impossível de ser estabelecida – afinal, não entubar um paciente com uma neoplasia em fase terminal, ou seja, negar-lhe a possibilidade de se manter vivo, seria deixar a morte chegar no *tempo certo* ou praticar de fato a eutanásia passiva? Ou, ainda mais, os dois termos seriam ao mesmo tempo semântica e pragmaticamente sinônimos, isto é, equivalentes do ponto do sentido e daquele das práticas surtindo o mesmo tipo de efeito? (SIQUEIRA-BATISTA E SCHRAMM, 2005, p. 114, grifos nosso).

Em face do que já se disse, é ponderável considerar – no debate em torno da eutanásia, como possibilidade de se interferir no processo de morrer a pedido da pessoa doente e no sentido de evitar sofrimentos e favorecer a “boa morte” – os seus influxos constantes ao longo da história, devido, dentre outros motivos, aos projetos eugenistas e crenças cegas de adesão incondicional. No entanto, os avanços científicos e tecnológicos na área das ciências da saúde, bem como o advento do paradigma biologicista, que permitem hoje, mais do que nunca, não apenas prolongar a vida de uma pessoa doente e em fase final de vida; mas, também de antecipá-la; muitas vezes, sutilmente, diante da impossibilidade da biomedicina em prover a cura da doença, trouxe à tona, novamente o debate em torno da eutanásia; e a ortotanásia tem sido a forma não apenas de enfrentá-la; mas também de se recusar ao debate propriamente dito.

Como caracterizam Siqueira-Batista e Schramm (2005), as inconsistências do significado do termo e da prática da ortotanásia, trazem mais questionamentos e confusões e, portanto, o estabelecimento da expressão ortotanásia no debate bioético sobre a finitude pouco contribuiu para soluções razoáveis. Por sua vez, se pondera que não é o caso de se excluir do debate a ortotanásia e, por conseguinte, seus defensores e, sim, esmiuçar a construção de seus argumentos para contribuir no diálogo e debate com soluções razoáveis.

Assim, a ortotanásia, devidamente, delimitada não como regra absoluta, como única opção; porém, uma alternativa – na escolha em autodeterminação – da pessoa ao recusar tratamentos fúteis, bem como aderir ou não aos cuidados paliativos e sedação paliativa pertenceriam a própria apreensão da realidade nos seus aspectos básicos de responsabilidade e respeito de pessoa para pessoa, ou seja, na religação.

Partindo desse pressuposto, no processo de morrer e morte é preciso, primeiramente, buscar a totalidade dos traços que distinguem a dimensão das expressões morais de outros tipos de expressões, bem como delinear as justificativas elencadas para explicar uma determinada ação ou inação e estabelecer a diferença entre o que é racionalmente aceitável, compondo os limites da norma moral e/ou norma jurídica para ser aplicada.

Para fundamentar a moral se delinea a própria argumentação em que se baseia as suas justificativas. Ao passo que se torna inteligível o desdobramento de aspectos pertinentes aos sistemas morais autônomos, teônomos e heterônomos vigentes nas argumentações se analisa – no próprio desenvolvimento da personalidade – a composição da autodeterminação e responsabilidade pessoal para que o conhecimento ético e axiológico relacionado à temática contribua a explicação da moral.

Em outras palavras, não se pode ignorar que ocorrem pedidos de eutanásia e considerar que é um “falso conflito ético”, que pode ser suprido pela ortotanásia ou cuidados paliativos. Inclusive, o pedido se caracteriza quando é um pedido consciente e que se repete por certo tempo, com argumentações fundamentadas em valores intrínsecos e vivências, em que a própria pessoa doente considera a vida insuportável e acredita que a degradação física do seu corpo bem como, psíquica e espiritual, tenham ocasionado já uma morte em vida, sem dignidade e sentido de existência. Por

consequente, abordamos nas próximas linhas uma sequência de textos selecionados para complementar a discussão e reforçar a necessidade de reflexão na abordagem de argumentos morais em diferentes apreensões de realidade.

4.1. Análise e discussão de argumentos sobre a eutanásia

Neste âmbito de discussão e análise, os textos clássicos selecionados a respeito de argumentos relacionados ao ato eutanásico no processo de morrer e morte se intitulam em “a moralidade da eutanásia” de James Rachels e “a incorreção da eutanásia” de J. Gay-Williams.

É importante elucidar que Rachels e Rachels (2014) escolheram colocar num mesmo livro – adjacente ao argumento deles em defesa da eutanásia ativa voluntária – o artigo de Gay-Williams, contrário à eutanásia, mas que admite certos tipos de eutanásia passiva. Os autores justificam a própria escolha e alegam que uma ideia não é melhor do que os argumentos que a apoiam e que para avaliá-la podemos examinar o raciocínio por detrás dela. Para Rachels e Rachels (2014, p. 31), “a ideia dominante, desde o tempo de Sócrates, é a de que a verdade é descoberta considerando as razões contra e a favor das várias alternativas. A tese “correta” será aquela que tiver os melhores argumentos do seu lado”.

Assim, os autores sustentam que razão e imparcialidade devem, necessariamente, estabelecer a concepção mínima de moralidade visto que “a moralidade é, pelo menos, o esforço de guiar a própria conduta por razões – isto é, fazer aquilo que se têm as melhores razões para fazer – ao mesmo tempo dando um peso igual aos interesses de cada indivíduo afetado pela sua decisão” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 25). Efetivamente, os julgamentos morais se apoiam em boas razões; enquanto, a moralidade requer a consideração imparcial dos interesses individuais de cada um.

Dito isso, se pondera na análise, a justaposição de ambos os artigos, bem como a abrangência de fundamentos mencionados na construção dos argumentos que sustentam o processo de tomada de decisão com os fatos, os valores e os deveres de pessoas na realidade apreendida.

4.1.1. A Moralidade da Eutanásia, segundo James Rachels

James Rachels (2014), em seu texto, elabora um argumento para justificar moralmente a eutanásia ativa, exclusivamente. Para ele, a eutanásia é justificada quando a morte é um modo de escapar de uma dor horrível, por exemplo, alguém morrendo de câncer. Em vista disso, considera que o argumento mais poderoso para defender a eutanásia é o argumento da compaixão. Doentes terminais sofrem de dores terríveis e o argumento da compaixão sustenta que a eutanásia é justificada porque providencia o fim de *tal* dor.

Para construir o argumento, Rachels e Rachels (2013; 2014) partem sempre de casos específicos; pois, consideram que determinados aspectos da cotidianidade do processo de vida e morte podem evidenciar a permissibilidade do ato eutanásico em determinadas situações. Não obstante, enfatizam a impossibilidade de justificar a eutanásia em uma norma moral universal ou absoluta em qualquer conjuntura.

A propósito, James Rachels aplica ao caso Jack – relatado pelo jornalista Stewart Alsop, com quem dividiu quarto num hospital de câncer – a construção de seu argumento.

Jack tinha um melanoma em seu abdômen e tinha formado metástases. Estava em fase final e recebia opiáceos para o controle da dor de 4 em 4 horas. Durante o dia sua esposa o acompanhava, mas não podia permanecer durante a noite devido às regras do hospital. Era quando a dor o atacava sem piedade. A enfermeira podia dar a Jack o analgésico, mas isso controlava a dor não mais que duas horas; os acréscimos de codeína pouco ajudavam. Os gemidos e gritos de Jack se tornavam mais frequentes (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 335-336).

Ao partir do relato de uma situação vivenciada no processo de viver e morrer de uma pessoa comum, mencionando o seu sofrimento contínuo e intolerável, os autores ponderam a compaixão como o limite da força de vitalidade nas pessoas.

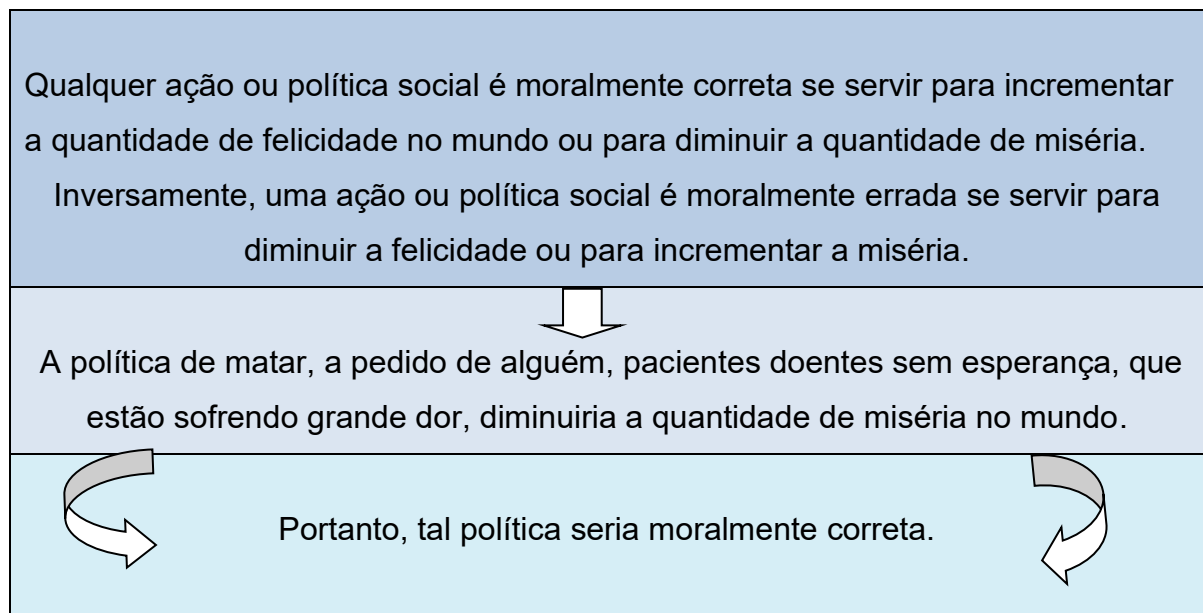
(...) Podemos avaliar a força completa do argumento da compaixão: se uma pessoa preferir – e mesmo implorar – pela morte como única alternativa à permanência **nesse tipo de tormento**, somente para que ela, de qualquer modo, morra logo em seguida, então, seguramente, não é imoral ajudá-la a morrer mais cedo (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 336, grifos nosso).

Ao distinguir os aspectos apreendidos, no sofrimento de Jack por noites a fio, Rachels e Rachels (2014, p. 336) mencionam as palavras proferidas pelo Alsop em que “nenhum ser humano com um pingo de piedade poderia deixar uma coisa viva sofrer assim, sem finalidade alguma”. Indubitavelmente, as alternativas da medicina a esse tipo de tormento são poucas. A última delas, diante de sintomas refratários, é a sedação paliativa profunda, que leva a pessoa à inconsciência até a morte biológica, sendo por isso pouco utilizada⁴⁸.

Dito isso, ao retomar o argumento da compaixão, Rachels e Rachels (2014), primeiramente, apresentam a versão utilitarista e apontam os possíveis obstáculos e, em seguida, esboçam a sua versão modificada de argumento utilitarista.

Na opinião de Rachels e Rachels (2014, p. 336, grifo dos autores), os utilitaristas “sustentam que ações e políticas sociais devem ser julgadas corretas ou incorretas *exclusivamente* se causam felicidade ou miséria. Eles defendem que, julgada por esse padrão, a eutanásia se torna moralmente aceitável”. Na Figura 4 se descreve a elaboração do argumento utilitarista no ato eutanásico.

Figura 4: Desenvolvimento do argumento utilitarista no ato eutanásico.



Fonte: Adaptado de Rachels e Rachels (2014, p. 337).

⁴⁸ Estudos médicos confirmam que a sedação paliativa contínua até o momento da morte, não encurta nem prolonga a vida, quando o sedativo adequado é aplicado em doses proporcionais; tão somente alivia o sofrimento e por isso é altamente recomendável em cuidados paliativos (MERCADANTE *et al.*, 2009), (MALTONI *et al.*, 2009; 2012).

Esse argumento é elaborado com base no princípio utilitarista de J. S. Mill⁴⁹. Esse princípio coloca a promoção da felicidade e a prevenção da miséria como sendo a coisa moralmente importante, relegando em segundo plano, outros valores igualmente importantes de serem realizados, ou mesmo permitindo que a negação destes valores seja utilizada como meio para alcançar o fim último que é a felicidade. Para Rachels e Rachels (2014), a felicidade, como afirmam a maioria dos filósofos, é apenas um entre muitos valores que devem ser promovidos como dignidade, liberdade e a justiça.

Mesmo que a felicidade pudesse ser incrementada, negando a redução dos limites de dependência da força de vitalidade na liberdade humana – para que todos aderissem às mesmas normas morais – teríamos graves dificuldades em um determinado espaço temporal de nos mantermos na existência na expressão de *ser humano*; pois, adentraríamos a um movimento de adesão incondicional e, também, de fanatismo, corroendo o ato de autodeterminação e responsabilidade no desenvolvimento da personalidade e transformam a autonomia da pessoa em heteronomia.

Além disso, há uma dificuldade que se relaciona mais diretamente com o tópico da eutanásia. Supondo que uma pessoa esteja levando uma vida miserável ou infeliz, mas a considera melhor que nenhuma vida e por isso *não* quer morrer. Ainda que concordássemos que essa pessoa não deva ser morta em respeito à sua liberdade e a sua autonomia pessoal, ainda assim, sob a ótica do princípio utilitarista seria correto interromper a vida dela; pois, conduziria a um aumento na balança entre felicidade e infelicidade, de modo que o princípio da utilidade parece ser um guia inadequado para determinar o certo e o errado.

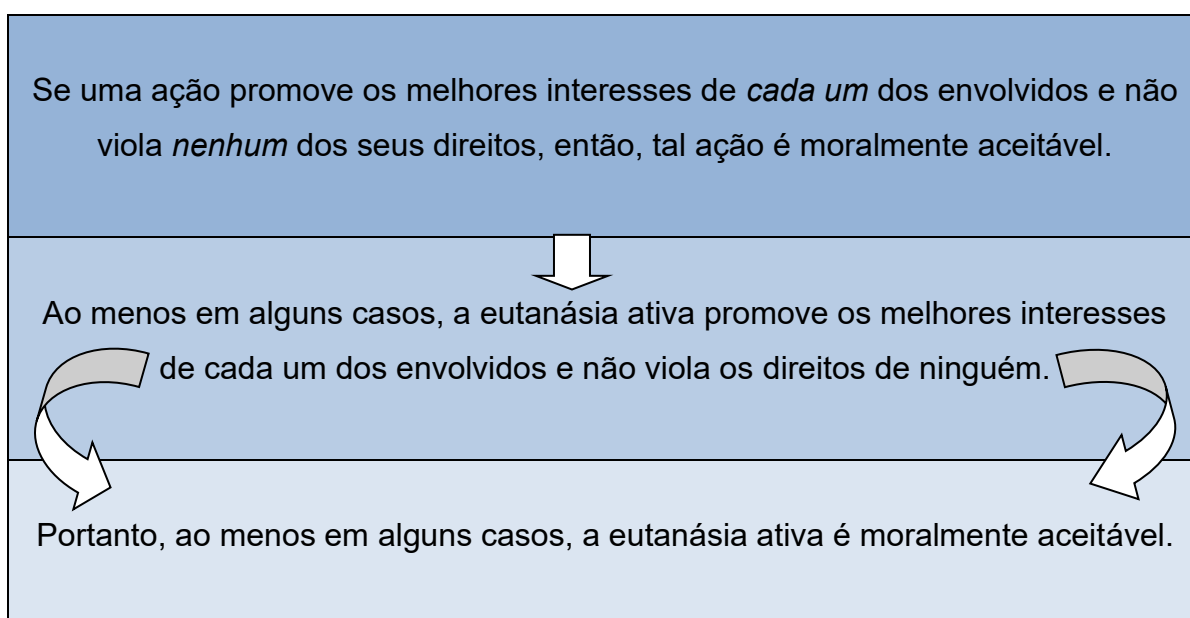
No entanto, Rachels e Rachels (2014) defendem que a promoção da felicidade e a prevenção da miséria, ainda que não sejam as *únicas* coisas moralmente importantes, elas ainda são muito importantes. “Portanto, quando uma ação ou uma política social puder diminuir a miséria, essa é *uma* razão muito forte a seu favor”. No caso da eutanásia voluntária que está sendo considerada, se a pessoa doente realiza

⁴⁹ O princípio utilitarista, ou “o Princípio da Maior Felicidade, como fundamento da moralidade, defende que as ações estão certas na medida em que tendem a promover a felicidade, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade” (MILL, 2005, p. 49).

o pedido e se apropria do fim de um grande sofrimento, não há que se falar de violação de direitos individuais (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 337).

Para evitar as dificuldades mencionadas e preservar a força da versão utilitarista no argumento, Rachels e Rachels (2014) apresentam uma versão um pouco diversa do argumento da compaixão, ao não fazer do princípio da utilidade uma premissa do argumento.

Figura 5: Desenvolvimento do argumento utilitarista no ato eutanásico por Rachels e Rachels.



Fonte: Rachels e Rachels (2014, p. 338, grifos dos autores).

É possível constatar que os autores tendem a um utilitarismo de ato ao considerar a tendência de ações particulares como ações que englobam a todos e, portanto, são julgadas diretamente pelo princípio da utilidade – ao invés de uma tendência a uma ação que possa suprimir o protagonismo do receptor – a produzir ou não a felicidade e prevenir a miséria; embora, não desconsiderem o utilitarismo de regra, tal como o faz Mill, que assume apenas os dois níveis. Em Galvão (2005, p. 22, grifo do autor) vamos encontrar o seguinte esclarecimento, ao ponderar que é “apropriado falar de tendências a respeito de atos particulares, [pois] revela inclinação para o utilitarismo de ato; ao mesmo tempo sustenta que na maior parte das situações devemos *pensar* como se fossemos uma espécie de utilitaristas de regra”. Mais adiante, retornaremos com esse assunto em fundamentações filosóficas.

Pois bem, Rachels e Rachels (2014) defendem a aceitabilidade das razões expostas no argumento e admitem que a eutanásia *pode* ser justificada. Aplicando-o no caso de Jack, James Rachels afirma que nessa situação a eutanásia poderia ser justificada pelos critérios do argumento haja vista que a eutanásia no caso de Jack seria do interesse de cada um e se Jack pedisse para ser morto, o ato não violaria seus direitos. Além disso, a eutanásia providenciaria a Jack uma morte melhor, sem dor; a esposa do Jack sofreria menos, não o vendo sofrer; empregados do hospital poderiam ter voltado sua atenção a outros pacientes; os recursos médicos não teriam sido usados por mais tempo para manter Jack com uma vida triste e sem sentido.

Convém ainda lembrar que Rachels e Rachels (2013) buscaram aplicar o mesmo argumento no caso de Sigmund Freud e constataram que tais critérios foram respeitados. Os autores descrevem que Freud estava numa situação de sofrimento insuportável – decorrente de uma doença em estado grave e incurável – em que considerava que não havia mais nenhuma dignidade em viver.

Em virtude disso, Freud pediu a seu médico que lhe injetasse uma droga com a “finalidade de terminar a sua vida”. O médico, Max Schur, motivado por compaixão e benevolência, pois “ele amava o seu amigo e queria aliviar a sua miséria” atendeu ao pedido, sem objeção de consciência. Neste caso, a pergunta que o utilitarismo faz é: qual ação disponível a Max Schur poderia ter produzido o maior saldo de felicidade sobre a infelicidade? A pessoa cuja felicidade mais estava em questão era a de Sigmund Freud. Se Schur não o tivesse matado, Freud poderia ter vivido com uma dor miserável. Quanta infelicidade isso teria envolvido? É difícil de dizer precisamente. A condição de Freud era tão ruim que ele preferiu a morte. Matá-lo deu um fim à sua agonia (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 110-111).

Diante da descrição dos acontecimentos, os autores – considerados utilitaristas – concluíram que, em tal caso, a eutanásia ativa voluntária é moralmente correta; pois, a ação harmoniza os melhores interesses dos envolvidos e não viola os direitos de ninguém.

Importante destacar que, quando Rachels e Rachels (2014) modificam o argumento utilitarista original, buscam evitar o problema do utilitarismo de ato, segundo o qual, matar por compaixão diminuiria a miséria no mundo, mesmo que a pessoa não quisesse ser morta. Todavia, não se opta por um utilitarismo de regra.

Rachels e Rachels (2013; 2014) defendem um utilitarismo que avalie as ações caso a caso levando em conta a realização de outros valores (como justiça, liberdade, direitos individuais) também importantes para o alcance do bem maior para o maior número.

Talvez porque, ao se matar uma pessoa por compaixão, contra a sua vontade, de acordo com o Princípio da Utilidade (PU) poderia trazer maior felicidade para o maior número de pessoas; mas, ao longo do tempo, tais ações poderiam trazer muita infelicidade social ao conter o efeito de que alguém poderia se apropriar e retirar a vida das pessoas, por compaixão, quando e como quisesse.

Logo, ao ponderar os limites da aplicação de uma norma através da análise do fundamento que o suporta se elucida os seus próprios determinantes. Dessa forma, no momento que se apresenta o princípio da utilidade se averigua as suas razões. Por exemplo, tirar a vida de alguém por compaixão seria correto segundo o Princípio da Utilidade (PU), pois diminuiria a infelicidade no mundo. Supondo que Jack não quisesse ser morto, mesmo levando uma vida miserável, ainda assim, a ação de tirar a vida de Jack atenderia o PU, pois diminuiria a miséria no mundo. O problema comum ao utilitarismo de ato é que, desse modo, se iria contra o interesse e direitos individuais de Jack.

Agora, se supõe que Jack quisesse ser morto; então, tirar a sua vida por compaixão – na situação em que ele se encontrava – seria moralmente correto, já que não haveria violação de valores pessoais e estaria em harmonia com um conjunto de regras morais que aumentam a felicidade: matar por compaixão as pessoas em estágio terminal, respeitar o interesse e os direitos das pessoas; as quais por sua vez, estão de acordo com o PU, pois promovem a felicidade e previnem a miséria.

Rachels e Rachels (2014) buscam evitar a dificuldade que se apresenta com o utilitarismo de ato, que ao analisar cada caso em particular de acordo com o PU, permitiria atos moralmente inaceitáveis com a intenção de aumentar a felicidade. Mas, ao fazer isso, ela não cairia num utilitarismo de regras? De fato, no argumento de Rachels e Rachels (2014), o ato de tirar a vida de Jack, é julgado pela sua conformidade com as regras morais presentes no argumento, as quais, por sua vez, foram formuladas em concordância com o Princípio da Utilidade. Noutros termos, o ato é avaliado indiretamente pelo PU e mediado pelas regras morais; as regras morais

julgam os atos particulares e são julgadas pelo Princípio da Utilidade ⁵⁰. Se for assim, os argumentos de Rachels e Rachels (2014) são suficientes para permitir o ato? Elas permitiriam exceções? Se sim, é preciso avaliar em que situações. Então, se retornaria ao utilitarismo de ato. Se a resposta for negativa, então, as normas afirmariam que “nunca devemos quebrar as regras, mesmo para promover a felicidade” e aí não seria mais utilitarismo, pois este se importa somente com a felicidade e não com normas.

Apesar dessa dificuldade do utilitarismo sobre como conciliar o bem comum e os interesses individuais, o argumento de Rachels e Rachels (2014) é forte o bastante para ser debatido. Ao colocar como regra a promoção dos melhores interesses dos envolvidos para a não transgressão da individualidade, identidade e integridade física se impede o problema do utilitarismo de ato sob o qual seria sempre correto eliminar uma vida miserável; bem como de regras deontológicas – mesmo que tenha que avaliar os atos caso a caso - ou abstratas sob as quais seria sempre incorreto tirar a vida de uma pessoa em sofrimento.

Além disso, se considera que o argumento respeita o interesse daquele que sofre de escolher o momento da sua morte e, ao mesmo tempo, acata a objeção de consciência do médico e de outros profissionais de saúde envolvidos que não têm a obrigação de fazê-lo; tendo em vista que o ato deve atender também seus interesses e não violar a sua autodeterminação e responsabilidade.

Na ótica desses critérios, é possível averiguar características essenciais a toda e qualquer moralidade. Tanto a pessoa enferma possui a proteção de sua individualidade, identidade e integridade física como os outros envolvidos para que as ações influem de maneira positiva na felicidade da sociedade. Efetivamente, neste aspecto reside a sua força; pois, mantém a autodeterminação dos envolvidos na responsabilidade de seus atos, assumindo intrinsecamente a norma moral expressa

⁵⁰ Como caracteriza Aboglio (2008), o utilitarismo de ato estabelece que uma ação é moralmente correta quando seus efeitos incrementam a felicidade geral. O utilitarismo de regra sustenta que o princípio da utilidade não deve ser aplicado diretamente para avaliar os atos individuais, mas deve se aplicar às regras que sirvam para determinar a moralidade dos atos individuais. O ato de avaliar fica assim submetido à aplicação de uma determinada regra. Seus adeptos asseveram que esta mediação entre o princípio de utilidade e os atos permite evitar certos resultados nefastos, como a justificação da tortura de um inocente, para evitar males maiores a outros.

no argumento, livre de pressões externas ou coações entre os envolvidos. Assim, o ato eutanásico retoma o seu espaço e os seus limites para a autodeterminação e responsabilidade na própria re-ligação dos seres humanos. Vale dizer, que a liberdade do ser humano reduz a dependência e coloca limites na força de vitalidade.

É assim, de fato, que ocorre em alguns países onde a eutanásia é descriminalizada em determinadas situações, por exemplo, na Holanda. Para que o ato eutanásico seja praticado é preciso averiguar os fatos, os valores e os deveres dos envolvidos – no movimento dinâmico que os compõe – para que não ocorra a violação enquanto pessoa para pessoa, independentemente, da sua posição na abrangência do contexto. Assim, a eutanásia continua sendo crime no código penal e as normas jurídicas apresentadas e delineadas na legislação complementar proporciona a pessoa em estágio avançado de uma doença e sem possibilidade de cura a contínua proteção da individualidade, identidade e integridade física.

A eutanásia justificada pelos critérios de Rachels e Rachels (2014) tratar-se-ia, portanto, de uma abertura ao debate relacionado ao processo de morrer e a morte para o desenvolvimento do respeito ao pluralismo moral vigente em sociedade e, por conseguinte, se tornar um ato sem disputas morais. Oportunamente, apresentamos a seguir distinções entre o argumento da natureza, o argumento do auto interesse e o argumento dos efeitos práticos nestas possíveis disputas a partir do texto “a incorreção da eutanásia” por J. Gay-Williams.

4.1.2. A incorreção da eutanásia, segundo J. Gay-Williams

No artigo “a Incorreção da Eutanásia”, o autor desconhecido J. Gay-Williams⁵¹ evidencia algumas objeções para a prática da eutanásia, tais como “a eutanásia vai contra os nossos instintos naturais, viola a dignidade humana e impede a possibilidade de curas milagrosas” (RACHELS; RACHELS, 2014, p.339).

Inclusive, J. Gay-Williams (2014, p. 339) continua a descrever as suas ideias, reforçando um efeito-causa do ato eutanásico em que “os doentes críticos e seus cuidadores poderiam desistir facilmente se a eutanásia fosse uma opção; e mais, a

⁵¹ J. Gay-Williams é um pseudônimo. O autor desse artigo é desconhecido.

sua legalização poderia levar a abusos terríveis, visto que a sociedade poderia enveredar por uma ladeira escorregadia”.

Ele afirma que a crescente aceitação da eutanásia se deve não a uma tendência à desvalorização da vida humana; mas, sim, ao resultado de benevolência e simpatia não bem pensadas devido a histórias trágicas tornadas públicas, extraindo de nós sentimentos de compaixão. Ao fazer referência ao caso trágico da norte-americana Karen Quinlan⁵², menciona a hipótese proferida por muitos indivíduos de que “ela e sua família ficariam melhor se estivesse morta”; ou seja, alguém (e outros) poderia estar melhor morto. Logo, estaria tudo bem em matar tal pessoa. Para ele, é a compaixão que leva a essa conclusão errônea (GAY-WILLIAMS, 2014, p.340).

Apesar de não refutar o argumento da compaixão – pois, precisa dele para defender em seu texto, a eutanásia passiva involuntária qualificada como “não intencional” – Gay-Williams faz um esforço de argumentação para afirmar que eutanásia passiva não é eutanásia, isto é, elenca situações de eutanásia passiva e afirma que não são situações de eutanásia porque inexistente o aspecto da intenção de matar, apenas o objetivo de aliviar o sofrimento.

Na opinião de Gay-Williams (2014, p.340) a “eutanásia é tomar intencionalmente a vida de uma pessoa presumivelmente sem esperança”. Sua definição de eutanásia envolve uma sequência em que, primeiramente, se analisa o tirar uma vida (sua vida ou a de outro) e, em seguida, se complementa com uma pessoa presumivelmente sem esperança (sem prognóstico de cura), finalizando, na intencionalidade.

Contudo, para frisar a intencionalidade como aspecto fundamental da eutanásia, o autor elenca algumas situações – que se efetivam como critérios – ao caracterizar os elementos determinantes nas ações. Se por um lado, a morte não pode ser um resultado acidental, por exemplo, injetar um medicamento de maneira

⁵² Karen Quinlan, aos 21 anos, sofreu depressão respiratória, provavelmente devido a uma overdose de álcool em combinação com drogas depressoras do sistema nervoso central, o que a deixou em estado vegetativo persistente. Sua família adotiva apelou para a Suprema Corte de New Jersey, que lhe concedeu o direito de solicitar o desligamento dos equipamentos de suporte extraordinários. Após isto, a paciente sobreviveu mais 9 anos, sem o uso de respirador e sem qualquer melhora no seu estado neurológico (VEAKH, 2009); (GOLDIM, 1997).

equivocada, provocando o seu falecimento, essa é uma morte não intencional. Por outro lado, a morte não pode ser resultado do “duplo efeito”⁵³, ou seja, ao realizar a administração de um medicamento necessário para o tratamento terapêutico e a pessoa morre, se pondera que seja uma morte não intencional. Inclusive, quando não se tem mais uma esperança razoável de que os procedimentos ou tratamentos irão salvar sua vida, uma análise de soluções plausíveis para o contínuo ou descontínuo tratamento não consiste em eutanásia.

Gay-Williams (2014, p. 340) exemplifica que modificações no descontínuo ou contínuo “(...) tratamento, depois que se descobriu que o paciente tem pouca chance de se beneficiar dele” estão sendo apresentados, por alguns autores, como “eutanásia passiva”; e contesta esse entendimento, afirmando que os elementos essenciais da eutanásia, muitas vezes, não estão presentes.

No caso de Karen Quinlan, o autor menciona que “a pessoa envolvida não é morta” (não há ação de tirar a vida) e “nem sua morte é intencionada pela retirada do tratamento adicional” (não há intenção de matar). A intenção de não continuar com o tratamento iniciado, mantém o objetivo principal que é evitar mais sofrimento. Para Gay-Williams (2014, p. 340) “o objetivo pode ser poupar a pessoa de dor adicional e injustificável, salvá-las das indignidades de procedimentos sem esperança e evitar o aumento da carga financeira e emocional da sua família”.

Antes de prosseguirmos na exposição dos argumentos desenvolvidos pelo autor, identificamos alguns elementos pouco elucidativos no texto e, necessariamente, precisamos elencar para a exposição de suas razões e seu fundamento. No âmbito de diálogo, não há evidência relacionada a vontade da pessoa enferma, ocasionando dúvidas nas informações disponibilizadas a família para o processo de tomada de

⁵³ Gay-Williams não usa a denominação “duplo efeito”, mas seu exemplo é típico deste princípio. A explicação de Vaz (2009) é elucidativa desta posição de Gay-Williams (2014): “o princípio do duplo efeito, distingue dois tipos de efeitos: os pretendidos e os previstos. Quando há a intenção de que certo efeito ocorra, esse é um efeito pretendido; quando apenas se prevê que certo efeito ocorra, esse é um efeito previsto. Para quem defende o princípio do duplo efeito, a intenção é o fator moralmente relevante na avaliação dos atos. (...) Quando um médico justifica o ato de desligar a máquina com a intenção de evitar um tratamento desproporcionado, este é o efeito pretendido. O efeito de acelerar a morte é apenas o efeito previsto. Há também analgésicos com efeitos duplos: o efeito de aliviar a dor e o efeito de induzir o colapso do sistema respiratório do paciente, a que se segue a morte. Se um médico justifica o ato de administrar o analgésico com a intenção de aliviar a dor, esse é o efeito pretendido. O efeito de acelerar a morte é, mais uma vez, apenas o efeito previsto. Num caso e noutro, deixamos de estar perante a prática de eutanásia. Desligar a máquina talvez se trate agora de um ato simplesmente médico - um ato que não está sujeito a disputas morais”.

decisão, durante todo o percurso. Contudo, ele salienta que nos casos de morte como um resultado acidental, bem como o resultado do duplo efeito e o resultado de falha na implementação dos procedimentos/tratamentos a morte da pessoa não é pretendida; ou seja, a intenção é minimizar o sofrimento, em vez de causar a morte.

Gay-Williams (2014, p. 340, grifo do autor) realiza a seguinte analogia; “quando eu compro um lápis é para que eu possa usá-lo para escrever, não para contribuir com um aumento do produto nacional bruto. Essa pode ser uma consequência não intencional de minha ação, mas não seu objetivo”. Por conseguinte, interromper o tratamento que pouco benefício proporciona à pessoa em estágio grave e sem possibilidade de cura pode ter como objetivo evitar sofrimento e como consequência advir a morte. Em outras palavras, “esta é uma morte não intencional, de modo que a chamada ‘eutanásia passiva’ simplesmente não é eutanásia”.

Após apresentar os elementos que considera fundamental relacionado a temática; incluindo na abordagem, a exclusão de situações particulares que, supostamente, o levaria a negar a existência de eutanásia passiva; Gay-Williams (2014) delinea três argumentos para a “incorreção da eutanásia”. A seguir, ilustramos o argumento da natureza, o argumento do auto interesse e o argumento dos efeitos práticos, separadamente, enfatizando as determinações estabelecidas para o arranjo de coerência no sistema moral defendido pelo autor e o seu ponto de partida ao fundamentar.

4.1.2.1. O Argumento da Natureza

Para Gay-Williams (2014, p. 340-341), o argumento da natureza assinala que a eutanásia viola nossa natureza humana e, por conseguinte, nossa dignidade. Para ele, cada ser humano tem uma inclinação natural para continuar a viver; a organização do corpo humano e nossos padrões de respostas comportamentais fazem da continuidade da vida um objetivo natural. Logo, a eutanásia é uma violência a esse objetivo natural da sobrevivência. Ela nos coloca contra nossa própria natureza, já que todos os processos da natureza estão empenhados na sobrevivência corporal. Em outros termos, a eutanásia frustra o objetivo natural da continuidade da vida ao impedir que “a organização do corpo humano e nossos padrões de respostas comportamentais” lutem contra os agressores das doenças e dos ferimentos.

O autor afirma, ainda, que é possível apelar à religião revelada nessa conexão. Ao se considerar que Deus é o criador da natureza e o nosso corpo é parte da natureza, então o “homem, como fiel depositário do seu corpo, age contra Deus o seu possuidor de direito, quando tira a própria vida. Ele também viola o comando de manter a vida, que é sagrada, e nunca a tirar sem uma causa justa e necessária”; contudo, prefere não empregar essa linha de determinações; pois, persuadiria somente aos religiosos (GAY-WILLIAMS, 2014, p. 341).

Assim, se inclina para algumas específicas determinações da natureza como ponto de partida e justifica suas ações, bem como juízos e atitudes no reconhecimento de que a eutanásia nos põe contra a nossa natureza e, ao fazer isso viola nossa dignidade humana que, segundo ele, advém da busca de nossos fins; e um de nossos fins (ou objetivos) é a sobrevivência. Noutros termos, a eutanásia ao nos colocar contra a nossa própria natureza, elimina nossos fins, então nossa dignidade natural padece. Portanto, se a eutanásia viola a dignidade humana, então a eutanásia é moralmente incorreta.

Gay-Williams ao esboçar a violação da dignidade humana no seu argumento, ocasiona mais questionamentos no seu fundamento; quando afirma que “a eutanásia nega nosso caráter humano básico e exige que nos olhemos a nós mesmos ou aos outros como alguma coisa menos do que completamente humano”. Para ele, a eutanásia é não apenas algo moralmente incorreto como também irracional. Ao passo que desenvolve ideias para expor as suas razões de não aceitação do ato eutanásico manifesta os seus limites no apreender a realidade, como todo e qualquer ser humano, e contrapõe os seus critérios de autodeterminação e responsabilidade. No próximo argumento, apesar de continuar a mencionar a sobrevivência como força de sustento, se detém na irreversibilidade da morte com referência a sentimentos.

4.1.2.2. O Argumento do Auto interesse

Nesse argumento, Gay-Williams (2014, p. 341) levanta motivos para considerar a eutanásia errada “quando julgada por padrões diferentes da razão” como no argumento da natureza. Sob tais padrões que não seguem a razão, “a eutanásia contém em si a possibilidade de agirmos contra os nossos interesses se a praticarmos

ou permitirmos que seja praticada em nós”. Se agirmos assim, então a eutanásia como opção pode levar a muitos casos de mortes desnecessárias e por isso é moralmente incorreta.

Gay-Williams (2014) elenca quatro situações segundo as quais a eutanásia nos faria agir contra nossos próprios interesses e levaria a muitas mortes desnecessárias. Antes de mencioná-las vamos ver o que ele entende por “nosso auto interesse”? De acordo com Gay-Williams (2014, p. 342), “a vontade de viver é forte em todos nós, mas pode ser enfraquecida por dor, sofrimento e sentimentos de desesperança”. Além disso, “a recuperação de uma doença séria requer que nós lutemos, e qualquer coisa que enfraqueça nossa determinação pela sugestão de que há uma maneira fácil de pular fora é, em última análise, contra os nossos interesses”. Em última instância, nosso auto interesse, é a sobrevivência, vale dizer: a vida biológica.

As situações em que a eutanásia nos faria agir contra nossos próprios interesses, são as seguintes: a) a possibilidade de erro de diagnóstico do qual derivaria um prognóstico equivocado. Isso poderia nos levar a acreditar que estamos morrendo quando sob o ponto de vista factual podemos não estar; b) a possibilidade de novos procedimentos médicos ou procedimentos experimentais em que a eutanásia fecha essa possibilidade; c) a possibilidade de recuperações “milagrosas” ou cura espontânea já que em muitos casos o paciente simplesmente se recupera quando se esperava que ele morresse; d) a permissibilidade da eutanásia poderia nos inclinar a desistir muito facilmente, pois, durante uma época ruim, se permitirmos a nossa morte, nunca teremos a chance de reconsiderar, pois a morte é final e irreversível. Em síntese, Gay-Williams (2014, p. 342) caracteriza que “a presença da possibilidade da eutanásia pode nos afastar da sobrevivência quando ainda poderíamos sobreviver”.

Por ora, apenas recordemos de que a descrição de sentimentos é um elemento que compõe um dos momentos de um único ato, necessariamente, os outros elementos não podem ser desconsiderados. Incertezas e arbitrariedades se tornam plausíveis nas explicações oferecidas pelo autor que segue no próximo argumento, fazendo referência aos códigos deontológicos como ponto de partida e entrelaçando com alguns adjetivos e possíveis efeitos futuros.

4.1.2.3. O Argumento dos Efeitos Práticos

Na explicação argumentativa de Gay-Williams (2014, p.342) se explicita que “os médicos e enfermeiros são, em sua maior parte, totalmente comprometidos com salvar vidas. Uma vida perdida, para eles, é quase uma falha pessoal, um insulto a suas habilidades e conhecimento”. Em outros termos, a legalização da eutanásia poderia ter efeitos negativos sobre os cuidados por eles oferecidos; pois, poderia modificar o compromisso desses profissionais com salvar vidas. Visto que médicos e enfermeiros poderiam não tentar o suficiente para salvar pessoas, porque matá-los seria uma opção e essa atitude poderia fazer com que eles voltassem seus cuidados a pacientes menos grave e o resultado seria um declínio geral do compromisso profissional. Resumindo, os casos de eutanásia poderiam ter uma influência corruptora sobre os médicos e enfermeiros e, portanto, os atos eutanásicos são moralmente errados.

Inclusive, para o autor a prática da eutanásia como política percorre uma “ladeira escorregadia”.

Uma pessoa aparentemente desesperançada poderia decidir acabar com sua vida. Então, poderia ser permitido a ela delegar a outros fazerem isso por ela, pois não estaria mais em condições de agir. O julgamento dos outros se tornaria o fator principal. Nesse ponto, a eutanásia já não seria mais pessoal e voluntária, pois outros estariam agindo em ‘nome do’ paciente como acham que seria o caso. Isso poderia muito bem incliná-los a agir em nome de outros pacientes que não os autorizaram a exercer um tal julgamento. É somente um passo pequeno da eutanásia voluntária (auto executada ou autorizada) para a eutanásia involuntária executada como política social (GAY-WILLIAMS, 2014, p. 343, grifo do autor).

Assim, o declive da eutanásia voluntária para a eutanásia involuntária mediante o poder político e social, proporcionado aos profissionais de saúde, ultrapassaria todo e qualquer limite de racionalidade. Vale dizer, a prática pessoal se fundiria com a política pública e os abusos dessas categorias profissionais se tornariam normas morais e jurídicas.

Com efeito, Gay-Williams (2014, p.344) finaliza o seu texto ressaltando que a prática da “eutanásia é, inerentemente, errada porque viola a natureza e a dignidade

dos seres humanos. (...) além de que, os perigos potenciais pessoais e sociais inerentes à eutanásia são suficientes para proibir que nós a aproveemos (...).”

Em relação as colocações do autor, para os efeitos práticos na vida cotidiana, se averíguam a prioridade aferida a determinados aspectos no estabelecimento de comandos morais que, por sua vez, podem reduzir o reconhecimento da autodeterminação e responsabilidade pessoal, admitindo a autonomia para alguns e, para outros, a heteronomia. Os estreitos limites de redução de dependências entre a força de vitalidade e a liberdade para o desenvolvimento de cada personalidade é corrompida para reconhecer apenas a dignidade intrínseca de algumas pessoas e não de todos os indivíduos. Em face disso, a próxima tarefa está pautada em analisar a sustentabilidade das razões defendidas pelo autor, desdobrando os valores priorizados e ilustrando a própria coerência racional.

4.1.2.4. Discussão sobre os argumentos contrários à eutanásia ativa

Alguns aspectos dos argumentos elencados por Gay-Williams (2014) são plausíveis de reflexão e no debate relacionado a prática da eutanásia são respeitados devido a sua representatividade em argumentações contrárias, baseadas em grande parte pela doutrina da santidade da vida, na teoria da lei natural e mesmo nas doutrinas deontológicas.

Como se observa no texto de Gay-Williams (2014) – mesmo que o aspecto da intenção, por si só, nada define – existe um malabarismo argumentativo para negar a eutanásia passiva, haja vista que os casos geralmente classificados como tais envolvem a omissão ou a cessação (considerando que a pessoa morreria da doença) intencional do tratamento terapêutico. Todavia, um questionamento permaneceu sem esclarecimento. Como garantir que nas situações elencadas por Gay-Williams não houve realmente a intenção de cessar a vida? A argumentação do autor, para defender a eutanásia passiva, negando-a, se mostra inquietante.

Ao longo de seu texto, o autor se refere a uma intencionalidade unilateral, ou seja, não inclui a intenção da pessoa que está sofrendo. Isso, por si só, nos permitiria assegurar através de Rachels e Rachels (2014, p. 338) que a eutanásia involuntária, *i.e.*, que resulta da intenção exclusivamente do agente não “promove os melhores

interesses de *cada um* dos envolvidos”, e viola a proteção da individualidade, identidade e integridade física da pessoa acometida pela doença, reduzindo e, muitas vezes, cessando o movimento dinâmico na dignidade.

É preciso destacar que a eutanásia passiva involuntária é moralmente inaceitável; sendo também inaceitável interromper a vida de alguém por se acreditar que “a recuperação não é razoavelmente esperada” (GAY-WILLIAMS, 2014, p. 340). O questionamento que se mantém abrange a admissibilidade, diante do progresso tecnológico contemporâneo, em pedir a eutanásia e realizá-la quando, ainda, paira a dúvida no avanço da doença e a possibilidade de uma recuperação. O diagnóstico exato seria a condição essencial?

Além disso, quando Gay-Williams (2014, p. 339) alega que a eutanásia “(...) envolve tirar uma vida humana, seja a sua ou a de outro” se indaga a transparência dos conceitos utilizados para definir a prática da eutanásia, o suicídio assistido, ou mesmo o homicídio, já que não se especifica à condição de irreversibilidade da doença como critério, mas sim uma recuperação que não é razoavelmente esperada.

Em relação a intencionalidade no ato, outro aspecto, se torna latente a discussão e envolve a (im)possibilidade de considerar as situações elencadas pelo autor como eutanásia passiva. O desdobramento dos fatos em que se identifica a hierarquia dos valores – advindo os valores instrumentais, estéticos, lógicos, jurídicos, sociais, ontológicos, morais e religiosos – que se referem aos envolvidos proporcionam o movimento de como se apreendeu a realidade no âmbito da situação no espaço temporal. Assim, o esforço contínuo da reflexão permanece no próprio fato de impressão da realidade. Em Zubiri (2011, p. 44) vamos encontrar o seguinte esclarecimento; “somente o homem pode ficar, sem desordem, perdido nas próprias coisas; perdido, portanto, não na desordem das suas respostas, mas no distanciamento do sentido”. Por conseguinte, é preciso considerar que o distanciamento é um modo de estar nas coisas e o acidente, o duplo efeito e a “falha” no tratamento de uma pessoa ao se ter conhecimento do prognóstico e sofrimento intoleráveis de pessoa enquanto pessoa percorre esse distanciamento que pode trazer distinções entre a escolha de uma resposta que, possivelmente, afete a intencionalidade ou não da morte para a eutanásia passiva.

Ao longo de suas alegações, Gay-Williams (2014) caracteriza que no aspecto da intencionalidade não podemos deixar de expressá-la; pois, sem intenção, não se pratica a eutanásia em alguém. Este aspecto, com certeza é inquestionável; pois, mesmo nos casos que ele elenca como não eutanásia a intenção pode estar oculta. Neste âmbito, não seria uma solução aceitável. A intenção deve ser declarada e comprovada publicamente além de atender os interesses de cada um dos envolvidos. Nos casos de eutanásia passiva, mencionados, não há como garantir a publicidade da intenção. Ela pode estar oculta, disfarçada e descaracterizar a moralidade no ato.

Inclusive, poderíamos destacar outros elementos na argumentação de Gay-Williams a respeito da intencionalidade do ato como caracterizador ou diferenciador das ações que podem e que não podem ser considerada eutanásia. Como acompanhamos na sua acepção de eutanásia, para fazer tal distinção ele recorre a exemplos típicos cujas ações têm dois efeitos, “os pretendidos e os previstos” (VAZ, 2009). Nesta perspectiva, essa diferenciação o faz refutar a “eutanásia”, asseverando que esta tem sempre a intenção do agente, em matar o paciente. Além do quê, defende que as situações em que a morte ocorre apenas como efeito previsto, decorrente do efeito pretendido, não pode ser considerado eutanásia, já que a intenção era o efeito pretendido e não o previsto. Todavia, constatamos que a intenção pode estar oculta e caracterizar, em algumas situações, a eutanásia passiva.

Ao passo que se analisa os exemplos referidos por Gay-Williams é aceitável desenvolver a seguinte reflexão⁵⁴; ao aplicar um medicamento necessário para o tratamento terapêutico (descrevendo o efeito pretendido que é a cura, alívio da dor, etc.) e a pessoa morre durante ou após a administração (sendo o efeito previsto, pois se sabia que o efeito colateral do medicamento poderia levar à morte da pessoa) se reconhece que teríamos uma situação conhecida na bioética como “princípio do duplo efeito” o qual talvez servisse a Gay-Williams para justificar seus exemplos ambíguos que possibilitariam a eutanásia passiva; sobretudo, nesse exemplo do uso de um medicamento cujo efeito pretendido é o tratamento (cura, alívio da dor etc.); todavia,

⁵⁴ Sobre o exemplo da morte acidental, devido ao erro na administração de uma droga, não se trata de um exemplo razoável para se discutir a eutanásia, nem mesmo para defender a eutanásia passiva, pois é muito genérico e não requer nem mesmo o argumento da compaixão.

pode levar à morte como efeito previsto. O problema permanece na transparência da intencionalidade que continua a ser debatida.

Para quem defende o princípio do duplo efeito, as intenções são o fator moralmente relevante. Isto levanta um problema: as intenções não são transparentes. Um médico pode ter a intenção de acelerar a morte de um paciente e servir-se do princípio do duplo efeito para mascarar essa intenção. E pode ter essa intenção por razões duvidosas ou mesmo repugnante (VAZ, 2009, p.1).

Com efeito, ao se obter a morte como resultado do processo, simplesmente, se pode alegar que a intenção não era essa. E não há nada que prove em contrário, se não houver uma confissão. Por exemplo, sabemos que os opiáceos são muito utilizados em cuidados paliativos para aliviar a dor de pessoas acometidas por um câncer. Esses medicamentos; tais como a morfina, têm como efeito colateral a depressão respiratória e pode levar a uma parada respiratória; sobretudo, quando aplicada em dose excessiva em relação ao peso da pessoa. Ao considerar que alguém administrou o medicamento em excesso a uma pessoa doente e que veio a falecer; se pode ocasionar a abertura de um questionamento com diversos elementos que o compõe e respondem a uma realidade. Assim, nos perguntamos como podemos saber que sua intenção não era a de causar a morte da pessoa? Ou mesmo, se ele tivesse administrado erroneamente essa alta dose, em nada modificaria a não transparência de sua intenção?

Em síntese, não se pode, portanto, utilizar os exemplos ambíguos de Gay-Williams (2014), para justificar que certas ações não são eutanásia; pois, podem ser meios para eutanásia passiva, inclusive, a involuntária.

Admitir que o princípio do duplo efeito é a justificação moral dos casos ambíguos implica pressupor que a eutanásia é moralmente duvidosa. Do mesmo modo, aceitar que a eutanásia está moralmente justificada, uma vez que beneficia o paciente, implica que as intenções dos agentes deixam de ser relevantes. Segue-se que o princípio do duplo efeito não pode concorrer para a justificação da eutanásia (VAZ, 2009, p.2).

A propósito de sempre buscar os limites na ação ou inação, se averigua a relevância da intencionalidade e o modo como se esmiúça o momento da realidade

sentida e o momento do sentir em um determinado espaço temporal. Assim, em algum momento, Gay-Williams acolhe a eutanásia passiva; porém, considera errada a eutanásia ativa; trazendo à tona, por exemplo, a maneira de apreender o real como ato elementar na realidade e busca afirmar como a coisa é em realidade.

Ao julgar a moralidade da eutanásia passiva voluntária e ativa voluntária, o autor, deixa transparecer o momento de versão à realidade, separando o sentir da inteligência como dois atos diferentes, isto é, um ato de sentir e outro de inteligir como se fosse apreendido tudo, novamente, o que foi dado pelos sentidos à inteligência e afastando a interligação na mesma linguagem semântica. Aliás, os valores da pessoa acometida por uma doença sem possibilidade de cura se tornam flexíveis ao sentir e ao inteligir de profissionais da área de saúde que determinam, por assim dizer, as ações possíveis ou não.

A maneira de distinguir a justificativa apresentada para a ação e omissão intencionais serve apenas para descaracterizar a eutanásia e; por conseguinte, o homicídio, onde ela não é legalizada.

Todo este malabarismo argumentativo [referindo-se às decisões judiciais sobre os casos de Karen Quinlan e do inglês, torcedor de futebol, *Anthony Bland*], entretanto, teve por objetivo distinguir estes atos “omissivos”, que não são considerados *a priori* ilegais – eis que não existe um dever de agir do médico de continuar tratamento reconhecidamente fútil –, de condutas comissivas, como a aplicação de injeção letal, as quais, apesar de buscarem o mesmo fim – a morte do paciente – são consideradas ilícitas (FERRAZ, 2001, p.112).

De fato, os meios empregados podem implicar em diferenças importantes no conjunto de valores jurídicos, ontológicos e morais para o fim alcançado. No âmbito da moral, ao se observar o movimento existente na construção de justificativas em que elementos se manifestam para se transformarem em regras rígidas e separam as propriedades e as coisas de seus suportes para reverter o seu sentido valorativo em direções unilaterais se averigua a manipulação de propriedades absolutas. Tanto que se posiciona os valores preferenciais, até o momento fundamentados e aceitos, na transposição em valores negativos, compondo um “novo” sentir humano, deturpado e maleável.

[Ao serem transformadas] (...) em colocações rígidas que já dominam a atenção impulso-independente da esfera do voluntarismo – por sobre tais manifestações do mundo circundante, que podem oferecer a matéria das típicas formas do decorrer destas afecções. Já a formação das percepções, dos anseios e recordações, é co-determinada a partir destas colocações. Elas separam automaticamente tais e tais partes e lados das manifestações que se encontram diante delas, e que podem justificar o decorrer fático destes sentimentos e afecções, reprimindo outros (SCHELER, 2012, p. 82).

Se for assim, do ponto de vista da moral, a inação ou ação se reverte a totalidade desses sistemas valorativos, enquanto tais; posicionando o fundamento da dominação dos juízos positivos de valor sem o aprofundamento das propriedades e coisas que o suportam. Assim, as afecções do real para a realidade se encontram camufladas em emoções que os tornam afetantes e se revigoram no cerne da moral vigente, sendo a compaixão, a benevolência, bem como o lamento e a piedade expressões importantes em sua justificativa.

Ora, se a intenção é a mesma [entre a eutanásia passiva (conduta omissiva) e ativa (conduta comissiva)] e o mesmo resultado pode ser alcançado com menor sofrimento ao paciente e de uma forma mais rápida mediante uma conduta comissiva, qual a razão justificativa para proibi-la? No caso de *Anthony Bland*, por exemplo, não seria mais humano aplicar-lhe uma rápida injeção letal do que matá-lo por inanição? Em relação à *Karen Ann Quinlan*, de seu turno, tratou-se de uma conduta humana deixá-la “viver” por 9 anos em estado vegetativo? (...) Parece-me que a discussão (...) deixa clara a inconsistência de se admitir a eutanásia passiva sob o manto de conceitos extremamente questionáveis como os de ortotanásia, distanásia, medidas desproporcionais, etc. e continuar-se a condenar a eutanásia ativa quando esta, em situações idênticas, seria muito mais adequada ao direito do paciente a uma morte digna e sem sofrimentos, ou mesmo quando se revelasse a única opção disponível (FERRAZ, 2001, p. 113).

Nesta perspectiva, se pondera que a intencionalidade do ato possui relevância para justificar a eutanásia desde que não seja unilateral, apenas do agente, mas sim como intenção transparente entre os envolvidos, sobretudo da pessoa que pede a eutanásia. E esse é exatamente um dos problemas nos pressupostos de Gay-Williams (2014). O sujeito da eutanásia, *i.e.*, a pessoa eutanasiada aparece na sua argumentação, apenas como alguém digno de compaixão devido a própria

depreciação de seus valores positivos para obedecer às leis da natureza e/ou divina (argumento da natureza) ou, talvez, seguir os interesses de todos e não só os teus (argumentos do auto interesse) e seguir a prioridade aferida a determinados aspectos no estabelecimento de comandos morais (argumento dos efeitos práticos).

Ao submeter a pessoa no princípio da inviolabilidade da vida, negando-lhe a redução de dependências da força vital que se realiza na liberdade para a autodeterminação e responsabilidade da pessoa se sobrecarrega todo o sistema moral em questão; modificando na sua personalidade as distinções e preferências nos valores vitais e espirituais. Por sua vez, os valores vitais com a sua força se tornam de maneira falaciosa o cerne da estrutura hierárquica de valores, retirando a potência de que o “homem é o único ser que tem o privilégio de se comportar asceticamente em face da vida, já recalçando e reprimindo os próprios impulsos vitais, já recusando-lhes as representações e imagens perceptivas de que eles se alimentam” (HESSEN, 1980, p. 208).

Parece-me totalmente hipócrita, assim, descaracterizar-se a interrupção ou omissão de qualquer tratamento médico, por mais “extraordinário” que seja como um ato de eutanásia. Trata-se efetivamente de uma eutanásia passiva, em que se conclui que a vida do paciente, nas condições em que se encontra, não é mais desejável, e se utiliza a omissão de condutas terapêuticas disponíveis como uma forma de se colocar um fim a esta situação (FERRAZ, 2001, p. 114).

Em relação ao argumento da natureza poderíamos dizer que Gay-Williams (2014, p. 341) perdeu seu poder de persuasão ao “não fazer um apelo à religião”, ou seja, ao ignorar a “teoria do mandamento divino” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 63), haja vista que “atualmente, a teoria da lei natural ainda tem seguidores dentro da igreja católica, mas poucos fora dela” (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 19).

Convém lembrar que a ciência moderna já demonstrou que não existe teleologia na natureza. A teleologia, o agir conforme finalidades é específica do ser humano e é o que o diferencia da natureza. Sabe-se hoje que “para explicar a natureza não há necessidades de assumir princípios que envolvem propósitos, como Aristóteles e os cristãos assumiram” (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 19). De acordo com Rachels e Rachels (2014, p. 19), a ciência moderna transformou nossa visão sobre o mundo e alterou a natureza da ética. Agora o certo e o errado não puderam

mais ser simplesmente deduzidos da natureza das coisas; pois, na atual concepção o mundo natural não manifesta valor ou propósito.

O Espírito pode canalizar a energia latente no ato de recalcar as forças elementares do instinto e utilizá-la na realização de fins de ordem espiritual. Chama-se isto, por outras palavras, uma *sublimação* dessas forças. Mediante uma tal sublimação, pode e deve ele criar os valores espirituais (HESSEN, 1980, p.209, grifo do autor).

Em suma, as tentativas de estabelecer e justificar o organismo humano na força dos elementos físicos materiais, desconsidera que, como ser vivo em um espaço temporal “obedece às leis da gravidade e da inércia, como todos os corpos físicos; as suas células decompõem-se também em átomos. Todavia não se esgota neste substrato físico, mas, fundado nele, dá origem a alguma coisa de mais elevado” (HESSEN, 1980, p. 223).

A moralidade, *i.e.*, a correção/incorreção das ações humanas estão no arranjo de dados e seus elementos que o fazem avançar ou retroceder no movimento de autorrealização, sendo aceitável que algumas coisas em nosso corpo são regidas pela nossa natureza biológica e influenciam nosso comportamento; mas, isso não quer dizer que elas determinam nossas ações como certas ou erradas. Nesse sentido, a moralidade diz respeito a transformação do movimento dinâmico entre Vida e Espírito e, portanto, o argumento da natureza se apresenta inacabado neste ponto de vista.

Não menos distante está o argumento do auto interesse que – apesar de refletir no utilitarismo – possui uma característica a ser elencada, não na concepção de que o auto interesse é sempre a sobrevivência ou a vida em qualquer condição; mas, sim na afecção de uma decisão egoísta. Ou seja, se não assumirmos “a visão egoísta de Hobbes” segundo o qual ser humano é egoísta por natureza (RACHELS; RACHELS, 2014, p. 22); se não assumirmos “o egoísmo ético” (“cada pessoa *deve* buscar exclusivamente o seu próprio interesse”) (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 76, grifo do autor); se não assumirmos o “egoísmo psicológico” (“cada pessoa *de fato* busca exclusivamente o seu próprio interesse”) (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 76, grifo do autor); então, se poderia, em certas situações de sofrimento por uma doença incurável, ponderar em um maior benefício aos outros e recusar nossa eventual liberdade e autonomia para decidir o tempo e as condições da própria morte e se

submeter, voluntariamente, a um “procedimento experimental ou uma técnica até agora não tentada” (GAY-WILLIAMS, 2014, p. 342) cujos resultados poderiam beneficiar um maior número de pessoas.

Em contrapartida, no argumento dos efeitos práticos existe a possibilidade de os médicos e enfermeiros serem corrompidos pela eutanásia como prática, tanto quanto eles podem ser corrompidos pela eutanásia passiva que pode estar por trás das ambiguidades do duplo efeito, da falha no tratamento que Gay-Williams defendeu que não é eutanásia, mas que pode ocultar a intenção de interromper a vida de pessoas “por razões duvidosas ou mesmo repugnante” (VAZ, 2009).

Nesta perspectiva, Gay-Williams (2014, p. 343) ao advertir que “a eutanásia como política é uma ladeira escorregadia” ressalta a importância da reflexão na construção de normas morais e jurídicas em um espaço temporal e a distinção entre problemas de valor e problemas do ser. No âmbito de ato eutanásico se analisa que a dignidade está na pessoa que solicita a prática e não no objeto – ato praticado –; pois, determinar o seu próprio processo de morrer e morte em determinadas situações compõe o último e derradeiro ato autônomo de um ser humano em liberdade. A propósito, todos os países que permitem a eutanásia, esta é definida em leis que define os critérios e as condições, que apesar de não evitar completamente os desvios, pode servir ao menos para restringir a imprevisibilidade do futuro ou no mínimo os argumentos da “ladeira escorregadia”⁵⁵.

Logo, para não precipitar na “ladeira escorregadia” se pondera na justificativa moral a articulação de normas que regulam as ações e a permissibilidade de modo a contextualizar os possíveis declives para não ruirmos, como descrito por Gay-Williams (2014, p. 343), na “eutanásia involuntária executada como parte de uma política social”. Assim, caso caíssemos nessa ladeira, os critérios pré-estabelecidos e moralmente justificados, seriam suficientemente fundamentados para analisar esta

⁵⁵ Considerando que, segundo Rachels e Rachels (2013, p. 21) “é digno de nota (...), que é fácil abusar dos argumentos da ladeira escorregadia. Se você se opõe a alguma coisa, mas não tem um bom argumento contra; você, pode sempre fazer uma previsão sobre o que poderia ocorrer e, não importa o quão implausível for a sua previsão, ninguém pode provar que você está errado. Esse é o porquê de tais argumentos terem que ser acessados com cuidado”.

consequência, não mais como eutanásia; mas, como assassinato em massa decorrente de um estado autoritário e/ou de uma sociedade moralmente retrógrada.

Pois bem, ao buscar estabelecer as diferenças aceitáveis e também inaceitáveis de uma justificativa moral para fundamentar a prática da eutanásia na concepção de mundo e pessoa, a partir de dois textos, identificando as correntes éticas e bioéticas que proporcionaram suporte as suas ideias e situando a origem dos respectivos argumentos e fundamentações sobre tais práticas; delineamos, no próximo capítulo, detalhadamente, os elementos essenciais aos fundamentos filosóficos nas principais teorias éticas relacionados a temática.

5. FUNDAMENTAÇÕES FILOSÓFICAS

No âmbito de permanecer distintos os elementos primordiais no movimento dinâmico em que os valores se constituem em uma ordem de seres ou objetos (axiológica) interligada a uma, outra ordem, dos seres existenciais que se contrapõem na supressão ou ausência do ser; bem como no desenvolvimento da relação de valor e desvalor e a sua positividade ou negatividade – incluimos, na sequência, as diferenças conceituais de moral, ética e bioética com suas correntes teóricas e/ou princípios e reforçamos a importância das definições sobre eutanásia e suicídio assistido, a partir daquilo que é mais ou menos consensual na bioética enquanto ética aplicada.

Tendo em vista, que a questão da eutanásia diz respeito às situações de sofrimento decorrente de doença em fase avançada e terminal e que o suicídio assistido abrange também doenças incuráveis e incapacitantes às pessoas, consideramos fundamental a integração dos cuidados paliativos por ser a modalidade assistencial que, atualmente, se expande como assistência à saúde que se ocupa do processo de morrer e a morte como especialidade no campo da saúde.

Se por um lado os problemas ético-morais sobre o processo de morrer e a morte ocorrem no cotidiano da assistência em cuidados paliativos; por outro lado, é preciso esclarecer que nos valores e desvalores; tais como a felicidade e a tristeza, o doente e o sadio, o bonito e o feio, o correto e o incorreto, o forte e o fraco, o agradável e o desagradável, o sagrado e o profano, o pio e o ímpio, o prazer e a dor perpetuam em uma estrutura polar sólida que admite, em cada valor, vários graus de realização. Em Scheler (2012, p.97) vamos encontrar o seguinte esclarecimento:

Não é um afundar-se nas manifestações da pobreza, do que é doente e feio. O que se sacrifica e auxilia **não o faz por causa de**, mas **apesar** destes movimentos valorativos negativos. Ele ajuda para com isso desdobrar e trazer **à tona o que a vida ainda acolhe de valores positivos**. Não se dirige amor e vontade de sacrifício, porque a vida é doente, pobre, pequena e feia, com o intuito de manter-se passivamente nestas manifestações; mas porque os valores positivos da vida mesmo já (e primeiramente, naturalmente de modo reto, os valores espiritualmente pessoais desta individualidade) não são de modo algum independentes destas propriedades, encontrando-se ainda em uma profundidade maior do que elas. A plenitude própria da vida tem a possibilidade e “deve”

(por isso) superar a reação de angústia e fuga frente a estas manifestações, desenvolvendo o amor em atos solícitos (...).

Em outros termos, o autor caracteriza que não são a doença e a pobreza que, por exemplo, determinam o equilíbrio de um ato em força e potência de seres materiais para seres vivos e, por último, nos seres humanos e; sim, o desenvolvimento do próprio movimento na valoração com distinções e preferências.

Assim, a intensidade de realização de um valor se altera na apreensão da realidade atualizada na inteligência, ou seja, a vida (pessoa) com o seu próprio enredo que transcorre em realidades diversas e compõe a sua própria plenitude com movimentos dinâmicos em notas e obstáculos com responsabilidades diante do outro. Pois, é justamente este o aspecto a ser considerado importante no momento de ponderar o “dever ser” diante do outro em que os acontecimentos adquirem sentido apenas no interior da narrativa completa da vida de uma pessoa, ou seja, é a partir do argumento da vida que a doença e a morte possuem o seu enredo para uma dignidade humana com livre arbítrio; vale dizer, entre as suas forças e fraquezas de valores vitais, se autodetermina os limites de uma dependência com responsabilidade. De fato, Hessen (1980, p. 60, grifo do autor) acentua que dentro da ordem dos valores há uma *polaridade* essencial que consiste na oposição de valores positivos e valores negativos, entre valor e desvalor.

Ora a ordem do ser existencial não conhece nada que se pareça com esta polaridade. Certamente, a todo o ser se pode também contrapor um não-ser. Mas o não-ser não significa outra coisa senão a supressão ou ausência do ser. O nada elimina pura e simplesmente o ser, e está tudo dito. Outro é o **sentido** da **relação** entre valor e desvalor. O desvalor não elimina inteiramente o valor; o primeiro é ainda, de certo modo, valor, embora negativo. Aquilo que é eliminado é simplesmente a positividade do valor, não o valor. O valor negativo vem assim a achar-se ainda dentro da ordem de valores. E é a isto que se chama **polaridade**, ou **estrutura polar** desta ordem, a axiológica, em oposição à do ser-existência ou ontológica.

Por conseguinte, ao observar que as estruturas de polaridade e de hierarquia pertencem, fundamentalmente, à ordem dos valores de maneira distinta a ordem do ser-existência (*Dasein*) buscaremos nos posicionar na discussão, ao encontro do tema defendido segundo a qual, em determinadas situações ou condições excepcionais a eutanásia (e o suicídio assistido) ativa voluntária possuem valor ético,

sendo moralmente aceitável. Nesses casos, viver não deveria ser uma obrigação ao considerar que os valores não são estados, nem propriedade das coisas e sim que o valor possui sempre a grandeza axiológica e o fundamento desse valor a grandeza ontológica.

5.1. Ética e Moral

Ao considerarmos que os valores éticos são valores, particularmente, elevados e com um decoro muito especial; pois, consistem em elevar o homem que os realiza para uma transcendência na autodeterminação e responsabilidade moral que se compõe, primeiramente, em um movimento autônomo para o fundamento ético – incluímos, mesmo que brevemente, a metaética e as correntes da ética normativa para então chegarmos a uma concepção de bioética, pois

O mundo dos valores torna-se realidade na nossa boa vontade, realidade que alguns podem negar com palavras, mas sem deixarem de acreditar nele nas suas ações. Do jogo [vicissitude] das forças inorgânicas nasce, de fato, alguma coisa de novo e de diferente delas, a vida orgânica; do organismo eleva-se o psíquico; do psíquico e suas conexões nasce o mundo das normas. Finalmente, sobre este, sobre o mundo do dever-ser, levanta-se o mundo dos valores (...) (HESSEN, 1980, p. 329).

E, ao levantar o mundo dos valores na espiritualidade da pessoa, as situações ou problemas relacionados ao processo de morrer e a morte apresentam fundamentos de valor, abrangendo fatos, valores e deveres, em que a ética e a bioética compõem importantes saberes para se refletir sobre tais problemas e deliberá-los com prudência e responsabilidade. Assim, uma revisão da filosofia moral deve começar por conceituar e distinguir a moral da ética e, por conseguinte, definir a bioética. Nesse sentido, conforme Cortina (2003, p. 14, grifos da autora),

A ética é uma parte da filosofia que reflete sobre a moral, e por isso recebe também o nome de “filosofia moral”. (...) **Ética** e **moral** distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico. (...) A verdade é que as palavras “ética” e “moral”, em suas respectivas origens grega

(*ethos*) e latina (*mos*), significam praticamente a mesma coisa: **caráter, costumes**. (...). Porém, como em filosofia é necessário estabelecer a distinção entre esses dois níveis de reflexão e linguagem – o da formação do caráter na vida cotidiana e o da dimensão da filosofia que reflete sobre a formação do caráter –, utilizamos a palavra “moral” para o primeiro nível e a palavra “ética” para o segundo.

Dessa forma, tanto a ética como a moral, são termos utilizados para fazer referência a dois níveis distintos da “reflexão” e da “linguagem”. No nível moral estão as normas de conduta que pretendem regular as ações humanas. No nível ético, está a reflexão sobre estas normas morais. Ainda, conforme Cortina e Martínez (2015), a ética como a parte da filosofia que se dedica à reflexão sobre a moral, é um tipo de saber que se tenta construir racionalmente, utilizando o rigor conceptual e os métodos de análise e explicação próprios da Filosofia e tem como objetivo último, esclarecer reflexivamente o campo da moral; esclarecimento que, certamente pode servir de modo indireto como orientação moral para os que pretendam agir racionalmente no conjunto da sua vida.

No âmbito de orientação moral indireta, Rachels e Rachels (2013) explicitam que uma concepção mínima de moralidade abrange a razão e a imparcialidade. Sob tal concepção “a moralidade é, pelo menos, o esforço de guiar a própria conduta por razões – isto é, fazer aquilo que se têm as melhores razões para fazer – ao mesmo tempo dando um peso igual aos interesses de cada indivíduo afetado pela sua decisão” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 25). Partindo dessa concepção mínima de moralidade, os autores definem o “agente moral consciente” como

Alguém imparcialmente preocupado com os interesses de cada afetado pelo que ele ou ela faz; alguém que examina minuciosamente os fatos e as suas implicações; alguém que aceita princípios de conduta somente depois de escrutiná-los para se assegurar de que eles são justificados; alguém que está disposto a “ouvir a razão” mesmo quando signifique rever convicções prévias; e alguém que, finalmente, está disposto a agir com base nos resultados de sua deliberação (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 25).

Deduz-se de ambas as definições, que há uma nítida influência da ética sobre a moral. Vazquez (2000, p. 23, grifo do autor) também faz essa distinção afirmando

que “a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade” e destacando que a ética pode influir na moral. De acordo com a abordagem desse autor,

A ética se ocupa de um objeto próprio: o setor da realidade humana que chamamos moral, constituído – como já disse – por um tipo peculiar de fatos ou atos humanos. (...) A ética é a ciência da moral, isto é, de uma esfera do comportamento humano. Não se deve confundir aqui a teoria com o seu objeto: o mundo moral. (...) A moral não é ciência, mas objeto da ciência; e, neste sentido é por ela estudada e investigada. A ética não é a moral e, portanto, não pode ser reduzida a um conjunto de normas e prescrições; sua missão é explicar a moral efetiva e, neste sentido, pode influir na própria moral. Seu objeto de estudo é constituído por vários tipos de atos humanos: os atos conscientes e voluntários dos indivíduos que afetam outros indivíduos, determinados grupos sociais ou a sociedade inteira em seu conjunto (VAZQUEZ, 2000, p. 23-24).

Vazquez (2000 p. 84, grifo do autor), após deduzir uma série de traços essenciais da moral, elabora a seguinte definição:

A moral é um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual é regulamentado as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade, de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal.

Ou ainda, “a moral é um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens” (VAZQUEZ, 2000, p. 63). Para Vazquez (2000), a moral é atividade livre e consciente dos seres humanos no movimento de apreensão impressiva da realidade em que o seu objeto formal é dado pelos sentidos na inteligência. Com efeito, o sentir algo real é formalmente estar sentindo intelectivamente, pois na análise da afecção do real, na alteridade da realidade e na sua força de imposição o ser humano sente a realidade mesma. Em Zubiri (2011, p. 6, grifo do autor) vamos encontrar o seguinte esclarecimento.

A apreensão, não é uma teoria, mas um fato: o fato de que me estou dando conta de algo que me está presente. A apreensão é, quanto ao momento do ‘estar presente’, um ato de captação do presente, uma

captação na qual me estou dando conta do que é captado. É um ato em que se aprendeu o que me está presente precisa e formalmente porque me está presente.

Assim, podemos inferir que toda e qualquer apreensão primordial do real tem uma estruturação restrita da diversidade de sentires na unidade intelectual em que não se perde o momento estrutural próprio de seu modo de apresentação do real. Por conseguinte, se não apreendemos a propriedade própria de um sentido em determinada coisa, apreendemos, no entanto, o modo de apreensão própria deste sentido ao apreender o real por outros sentidos.

Isso nos coloca na própria realidade e nos elementos que constituem as limitações instaladas no sistema moral desenvolvido e aceito, através da diversidade de modos de apreensão em que cada modo está, como alega Zubiri (2011, p. 75), “intrínseca e formalmente nos demais como momento estrutural de todos eles”. Logo, ao se expor os traços mais característicos de um ato em autodeterminação e responsabilidade se manifesta a dimensão de uma reflexão entorno aos fatores que o condicionam – tais como os sociais (família, amigos, classe, entre outros) – na estruturação do seu espaço em livre movimento de pessoa enquanto pessoa. Neste percurso, se pressupõe os condicionantes não como determinantes e, sim, como elementos que transcendem entre a força de vitalidade e a liberdade humana.

Por sua vez, em todo e qualquer processo humano se mantém a estrutura que compõe a inteligência e a realidade se modificando os critérios assumidos como exigências pessoais para específicos comandos que não o condicionam e sim o determinam “de” e “em” pessoa, migrando ou transferindo a positividade e negatividade de um algum valor, por exemplo. Certamente, a interligação dos sistemas morais vigentes em estruturas especificamente humanas consiste em um processo de polarização na experiência moral em que a riqueza dos tipos de realidades transcende a individualidade e no próprio movimento de atualização.

Dito isso, ao se delinear os elementos, as propriedades e os critérios estabelecidos e elencados em regra pessoal para, então, justificar a sua existência na realização de suas escolhas se resgata uma condição real do homem dentro da sua realidade pessoal que está implantado no ser e religado a toda estrutura humana.

A diferença modal dentro da apreensão de um mesmo objeto aponta para a defesa de algum aspecto elementar do real em realidade, considerando a importância de um mesmo conteúdo e as suas diferentes “formas de ficar, diferentes formas de independência, diferentes autonomias. Autonomizar é, pois, uma forma de ficar. Em razão disso, direi que ‘o outro’, que a nota presente em impressão, tem, além de um conteúdo, uma forma própria de autonomia” (ZUBIRI, 2011, p. 17). Para o autor esse é o momento de formalidade e que se fundamenta, em última instância, no valor absoluto de pessoa enquanto pessoa.

Ao se descrever os aspectos que determinam a sua conduta em uma vertente de estar desprendido de sua própria vida, das coisas e dos demais para a constituição de valorações que o implicam, se adquire seu sentido e legitimidade. Em consequência disso, o movimento dinâmico dos tipos de realidade se aproxima de bens internos que se alteram no espaço temporal e permitem a sua atualização histórica. Assim, o processo de avanços e retrocessos nas explicações proporcionadas pela pessoa, necessariamente, possuem um momento de reflexão no inteligir em que as razões são classificadas como aceitáveis ou não.

Pois bem, ao se buscar o próprio esclarecimento de uma ação praticada ou que iremos praticar com a preferência de um valor ou outro, de uma teoria específica para a constituição de critérios nos aproximamos da ética. De fato, a influência da ética sobre a moral é consenso entre os autores e, bem como destaca Rachels e Rachels (2013), ela colabora com o agente para deliberar moralmente e agir com base nessa deliberação; é o que também propõe Gracia (2001; 2010), no seu método de Deliberação Moral como método da ética aplicada à clínica.

Isso tudo, traz à tona um importante questionamento a ser elucidado referente a um possível subjetivismo axiológico ou, talvez, um subjetivismo teórico ou lógico. Convém lembrar que não se deposita o domínio dos valores apenas no sujeito, onde o *indivíduo valorante* decide pura e simplesmente o que é valioso ou não valioso. Se por um lado o sujeito não é a medida dos valores; por outro lado, não se deve discorrer que os valores e os juízos de valor somente possuem validade para este ou aquele sujeito ou indivíduo que tenham percepção deles, e não para outros. Esse seria o detalhe a considerar para não adentrarmos no subjetivismo que seria tão errôneo quanto o subjetivismo teórico ou lógico, de modo que todo juízo teórico aspira sempre

algo de objetivo para aquele que o emite, buscando valer não só para este ou aquele julgado e sim para todos os possíveis julgadores, o mesmo ocorre com o juízo de valor. Para Hessen (1980, p. 48, grifo do autor)

Quando eu digo: tal ação é moralmente condenável, tal outra moralmente louvável, é evidente que, no sentido essencial deste meu juízo, está sempre o pretender exprimir alguma coisa de **objetivo**, uma situação ou um fato que todos devem reconhecer do mesmo modo, reivindicando para o meu juízo uma validade geral.

Neste contexto, as diferenças entre Valor e Ser indicam que os valores estão sendo referidos na camada mais profunda do ser que está presente em todos os indivíduos humanos e constitui o fundamento objetivo do seu 'serem' objeto com a sua particular maneira ou modo de ser que é do Ser ideal ou do Valer, pertencendo à classe dos objetos não sensíveis. Pois bem, ao se identificar que os valores compõem uma ordem de seres objeto/coisas distinta da ordem dos seres existenciais, aprofundamos os saberes na metaética, ética normativa e ética aplicada, delineando o percurso necessário para a pesquisa proposta.

5.2. Divisões da Ética: Metaética, Ética Normativa e Ética Aplicada

Ao passo que os avanços científicos e biotecnológicos foram se concretizando na realidade cotidiana dos seres vivos, a ética como teoria filosófica da ação adquiriu uma tarefa específica a cumprir, pois “o trânsito da moral para a ética implica uma mudança de *nível reflexivo*, a passagem de uma reflexão que dirige a ação de modo *imediato* para uma reflexão filosófica que só pode orientar o agir de modo *mediato*; pode e deve fazê-lo” (CORTINA, 2009, p. 40, grifo da autora).

Pode-se dizer que investigar o fundamento da moral é tarefa da ética e a fundamentação da ética é tarefa da metaética aonde “a legitimação da ética como saber autônomo baseia-se em mostrar a necessidade de que existe, em qualquer quadro geral do saber, uma reflexão categorial específica para uma dimensão peculiar do homem, a dimensão moral” (CORTINA, 2009, p.86).

Não obstante, na dimensão moral, um determinado fundamento ao ser elaborado precisa de objeto, elementos e aspectos em uma relação de racionalidade,

coerência lógica ao fato e no caso da fundamentação da moral uma coerência no âmbito da prática. Na opinião de Cortina (2009, p.259, grifo da autora) “é a relação estabelecida entre o *dado e aquela constelação de categorias que a reflexão proporciona para compreender o dado*”.

Se por um lado, em meados do século XX dois acontecimentos ocorreram na filosofia moral ou ética: a popularização da bioética no início da década de 1970 (DALL’AGNOL, 2012) e a introdução, pelos representantes da filosofia analítica, de uma nova distinção no interior dos saberes que versam sobre a práxis moral, *i.e.*, a distinção entre ética e metaética (CORTINA, 2009). Por outro lado, tais fatos serviram a uma nova divisão da ética - que vem se tornando tradicional - em três campos: metaética, ética normativa e ética aplicada.

5.2.1. A Metaética

Cortina e Martínez (2015) propõem que se entenda “por metaética” uma metalinguagem ocupada em esclarecer os problemas tanto linguísticos como epistemológicos da ética. Assim considerada, “a metaética seria uma forma de reflexão e de linguagem centrada na forma de reflexão e de linguagem éticas, das quais deveria tentar discernir a científicas, a suficiência, os caracteres formais, a situação epistemológica etc.” (CORTINA; MARTÍNEZ, 2015, p. 25). Dall’agnol (2013) define a metaética como sendo a parte da ética que trata dos problemas lógicos, epistêmicos e ontológicos da própria ética (por exemplo, se ela pode ser considerada ciência ou não). A sua conexão ou vínculos com a parte normativa e prática da ética não é evidente, mas existe. Para este autor,

(...) foi formulado nos seguintes termos: ou há fatos morais e propriedades que garantem a natureza cognitiva dos juízos morais, isto é, a sua objetividade e a sua verdade; ou não há. Se há, então, a dificuldade é esclarecer o estatuto ontológico de tais propriedades e explicar a sua possibilidade. Se não há, então o problema é compreender por que as pessoas falam, pensam e agem como se tais entidades existissem, e explicar em que medida o pensamento moral não é ameaçado pela sua eventual inexistência. Formulado dessa maneira, esse problema toca nas principais questões metaéticas, ou seja, em vários problemas filosóficos (epistêmicos, ontológicos etc.) sobre a natureza da própria **Ética enquanto reflexão sobre a moral** (DALL’AGNOL, 2013, p. 10, grifos nosso).

Podemos afirmar ainda que, formulado dessa maneira, o problema enfrentado pela metaética é essencial para a bioética e se aproxima cada vez mais das questões a serem abordados por essa pesquisa. Um dos questionamentos a serem esclarecidos é a diferença moral (se existe) entre a eutanásia passiva e a eutanásia ativa, por exemplo. Do ponto de vista de Cortina (2009, p. 86, grifos nosso) é necessário considerar em

Atribuir a **metaética** a missão de uma metalinguagem que deve tratar de resolver quantos **problemas à ética suscite** (cientificidade, autonomia, análise de seus termos...); assim como **a ética** não deve analisar apenas a linguagem moral, mas enfrentar **qualquer questão aberta pela moralidade**.

Com base nas colocações de Dall’Agnol (2013) – sobre o possível percurso fundamental da metaética – e no ponto de vista de Cortina (2009), a metaética contribui para a reflexão de questionamentos, tais como: os fatos morais garantem a objetividade do juízo moral que deles fazemos? Ou os juízos morais dos fatos se apresentam a partir do sujeito que o valoriza? Se formos nós que dizemos se um fato moral (ou propriedades morais) compõe o mal ou o bem, o que aconteceria se deixássemos de pensar moralmente? Ou ainda, diante dos caracteres formais podemos ter um juízo moral neutro? Na investigação do fundamento da moral com a ética para o fundamento da ética na metaética se pondera a diversidade de linguagem éticas tracejadas e conectadas ao percurso de toda e qualquer realidade humana, ou seja, ao detalhamento dos possíveis níveis de reflexões adquiridos e esmiuçados na afecção do real. Em outros termos, uma reflexão categorial específica, contendo os limites de força e potências adquiridos em liberdade, no desenvolvimento da personalidade em que as normas se equilibram na autodeterminação e responsabilidade. Dessa maneira, a fundamentação de todo e qualquer argumento moral possui a busca de razões aceitáveis e coerentes para a realização de escolhas – que estão imbricadas nos fatos, valores e deveres do movimento dinâmico da própria autorrealização atualizada. E, portanto, para que haja coerência na articulação de razões expostas se buscam explicações e delimitações das possíveis arbitrariedades sentidas e inteligidas, muitas vezes, demonstráveis pela construção de conhecimento já concretizados até o momento e a própria experiência adquirida e

que, necessariamente, se distinguem na diferença modal dentro da apreensão de um mesmo objeto.

A metaética se diferencia da ética normativa por ter como objetivo não o estabelecimento de normas ou prescrições morais, mas a análise de sua coerência e sua fundamentação. (...). O grande problema metaético é sempre o mesmo: a **fundamentação dos preceitos morais** (GRACIA, 2010, p. 180, grifo nosso).

Ao salientar que a metaética está presente para distinguir também as diferenças modais em fundamentar as normas morais e suas implicações na ética normativa e na bioética, Gracia (2010, p. 180) destaca que “na história da ética é comum distinguir vários tipos de fundamentação das normas morais. Há fundamentações chamadas teônomas, outras heterônomas e outras autônomas”. Visto que a redução de dependências na autodeterminação e responsabilidade pessoal evidenciam as forças e potências que regem as ações a serem praticadas em liberdade se estabelece, gradativamente, a própria absolutização.

A instauração do homem como realidade pessoal no mundo não é, pois, integração, mas, **absolutização**, por assim dizer. Contrariamente ao que pensava Hegel, a saber, que o espírito individual não é senão um momento do espírito objetivo é preciso afirmar que, por sua realidade pessoal, e enquanto pessoal, o homem não está integrado em nada nem como parte física nem como momento dialético. Certamente, por alguns momentos de sua realidade, a pessoa está integrada no mundo; por exemplo, por seu corpo. Mas, enquanto pessoal, este mesmo corpo transcende toda e qualquer integração: o corpo é pessoal, mas o é formal e precisamente não como organismo nem como sistema solidário, mas como princípio de atualidade (ZUBIRI, 2011, p. 154, grifo do autor).

Dessa maneira, o autor se dispõe a esclarecer que em uma reflexão ética existe um aspecto importante a ser respeitado no qual o homem está implantado no ser e não apenas “jogado” na sua existência já que responde a partir da inteligência as coisas como realidades, diferente dos animais que respondem diante das coisas por um sistema de estímulos. E, as coisas, tanto as viventes e não viventes são parte do mundo que se instauram na realidade. Todavia, o homem não se reduz a essa integração devido a sua condição real dentro da sua realidade pessoal. Assim,

(...) aquele caráter absoluto se funda numa transcendência, em algo que, partindo (como organismo) do mundo, está, no entanto, nele, transcendendo-o, isto é, tendo um caráter de absoluto relativo. Mas essa relatividade enquanto momento do absoluto não é integrável; ou melhor, é apenas relativamente não integrável. Donde a possível unidade dos homens tem caráter completamente diferente de uma integração. Os homens podem estar vertidos aos demais de um modo que pertence tão somente aos homens, a saber, de modo 'im-pessoal'. As outras realidades não são impessoais, mas 'a-pessoais'. Só as pessoas podem ser impessoais. E por isso, enquanto a unidade das outras coisas, por serem apessoais, é integração, a unidade dos homens é primeiramente 'sociedade': é a unidade com os outros homens impessoalmente considerados; isto é, considerados enquanto meros outros (ZUBIRI, 2011, p.154, grifo do autor).

Efetivamente, a concretude já apresentada na eliminação da unidade de puro sentir para a estimulidade (animais – seres vivos) na unidade de realidade (homens – seres espirituais) em que se considera o modo como o conteúdo sentido e notado é independente e autônomo do senciente em cuja impressão fica, se evidencia a pessoa que se realiza e autorrealiza da personeidade à personalidade através da realidade atualizada na inteligência senciente em busca de respostas razoáveis ao compromisso com os seres livres e racionais em uma dimensão moral que se compõe na autodeterminação e responsabilidade mútua entre seres humanos.

Segundo a ética de Kant, existe moral porque há no universo um tipo de seres que têm um valor absoluto, e por isso não devem ser tratados como instrumentos, existe moral porque todo ser racional é fim em si mesmo, e não meio para outra coisa, existe moral porque as pessoas são seres absolutamente valiosos. (...). E precisamente por isso, porque há seres valiosos em si, existe a obrigação de respeitá-los (CORTINA; MARTÍNEZ, 2015, p. 140).

Ao admitir que a confluência de ações em sistemas morais está repleta de processos argumentativos, se pressupõe a necessidade de sempre averiguar a estreita relação entre liberdade e autonomia nas possíveis explicações delineadas para assegurar a individualidade, a identidade e a integridade física de todas as pessoas. E, para isso, a força de imposição de uma realidade no cotidiano se reflete também em grau de responsabilidade a ser assumido diante do outro. Inclusive, obrigações e deveres estão imbricados em correntes éticas que precisam ser constantemente inquiridas diante do Valer e Ser Ideal para distinguir, por exemplo, um

sistema teônimo na experiência religiosa e na experiência do real. Com efeito, Zubiri (2011, p.154, grifo do autor) destaca que a realidade tem poder sobre mim e “por se manterem como pessoas, isto é, como realidades relativamente absolutas, os homens têm um tipo de unidade superior à mera sociedade: é a ‘comunhão pessoal’ com as outras pessoas enquanto pessoas”. Por conseguinte, nas próximas linhas abordamos as conexões importantes que cooperam na composição de uma ética normativa.

5.2.2. A Ética Normativa

Frequentemente, alega-se que as pessoas são as únicas portadoras de valores éticos, pois apenas seres espirituais podem realizar valores morais e deles se desprendem uma prescrição moral de que a pessoa “deve fazer isso” ou “não deve fazer aquilo”. Todavia, ao se perguntar sobre a sua participação no movimento dinâmico das ações é preciso observar que “constituem uma norma ou critério de conduta que afeta todas as esferas da nossa atividade e da nossa conduta na vida” (HESSEN, 1980, p. 114).

Para Borges, Dall’Agnol e Dutra (2001), a ética normativa pretende responder a perguntas, tais como “O que devemos fazer?” (questão da ética moderna) ou de forma mais ampla “Qual a melhor forma de viver bem?” (questão da ética antiga); sendo que as respostas são provenientes de uma determinação da ação ou regra correta ou através da determinação mais ampla de um caráter moral.

Nesta perspectiva, para delimitarmos a ética e a moral se explicita que a ética normativa é segundo Cortina e Martínez (2015) indiretamente normativa, pois como afirmam os autores:

Desde suas origens entre os filósofos da antiga Grécia, a Ética é um tipo de saber *normativo*, isto é, um saber que pretende orientar as ações dos seres humanos. A moral também é um saber que oferece orientações para a ação, mas enquanto ela propõe ações concretas em casos concretos, a Ética – como Filosofia moral – remonta à reflexão sobre as diferentes morais e as diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral, de modo que sua maneira de orientar a ação é indireta: no máximo, pode indicar qual concepção moral é mais razoável para que, a partir dela, possamos orientar

nossos comportamentos (CORTINA; MARTÍNEZ, 2015, p. 9, grifo da autora).

Para responder, conforme Borges, Dall’Agnol e Dutra (2001), às questões sobre o que devemos fazer ou qual a melhor forma de viver bem, através da determinação da ação ou regra correta ou de um caráter moral, abordaremos sinteticamente, as três grandes correntes éticas que influenciam as éticas aplicadas – dentre elas a bioética –, a ética das virtudes, a ética dos deveres e a ética utilitarista ou utilitarismo. Essas três éticas podem ser classificadas em duas grandes linhas: as éticas teleológicas e a deontológica. Elas se diferenciam, dentre outros aspectos, de acordo com o parâmetro de justificação da ação correta. Enquanto as éticas deontológicas determinam a ação correta segundo deveres para a ação (por exemplo: o imperativo categórico de Kant), as éticas teleológicas determinam o que é correto de acordo com uma finalidade ou *télos* a alcançar. Ambas as linhas têm sua pretensão de universalidade, mas apresentam tipos muito diferentes de justificativas da ação correta.

E, por mais que as correntes éticas busquem a ‘universalidade’ ou a ‘universal validade’, nos dias de hoje, se discute com profundidade a unilateralidade apresentada em cada uma delas para captar elementos que possam subsidiar a compreensão de ações morais, respeitando as formas e conteúdos na ordenação dos valores que atendem a diferentes aspectos e buscando – como problema da realidade atualizada – resgatar a base de uma moral universal. De fato, é imprescindível observar que o desafio se instaura no processo do ato de sentir e inteligir nos próprios atos e que possui no âmbito da teoria e prática uma relação de apreensão impressiva da realidade afeta do real em que Scheler (2015, p. 500) caracteriza “o se sentir bem em meio a um desatrelamento crescente da ordem hierárquica objetivamente válida dos bens espirituais e materiais, conduzem gradualmente até o bem supremo”. Não obstante, o movimento dinâmico na plenitude de uma vida possui a intelecção como determinante do caráter pensante que a vida tem e – que critérios construídos para julgar a moralidade das ações humanas sejam pelas suas consequências ou resultados, bem como pelos deveres – precisariam transcender a pessoa. Dito isso, daremos seguimento ao percurso tracejado com a ética utilitarista, ou melhor, consequencialista.

5.2.2.1 Ética Utilitarista

Ao caracterizar o utilitarismo em uma ética consequencialista é preciso assinalar que a teoria possui em sua composição o julgar das ações humanas pelas suas consequências ou resultados sejam tais ações direcionadas para o próprio ser humano ou para os animais⁵⁶. Rachels e Rachels (2013) enfatizam que o utilitarismo clássico foi desenvolvido e defendido por três dos maiores filósofos do século XIX na Inglaterra: Jeremy Bentham (1748-1832), John Stuart Mill (1806-1873) e Henry Sidgwick (1838-1900).

Esses foram os precursores da teoria ética que influenciou profundamente o pensamento moderno e hoje tem seguidores com grande influência na bioética, tais como James Rachels e Peter Singer - embora com variações do núcleo central da doutrina utilitarista.

Jeremy Bentham (1748-1832), que primeiro sistematizou o utilitarismo dizia que a natureza colocou a espécie humana sob o governo de dois mestres soberanos: o prazer e a dor. O fato fundamental de que algumas coisas nos dão prazer e outras causam dor; explica por que nos comportamos de modo a buscar prazer e evitar a dor e, conseqüentemente, justifica por que julgamos algumas coisas como boas e outras coisas como más. Sendo assim, a moralidade consiste em tentar promover o prazer e minimizar a dor, tanto quanto possível (MILL; 2014).

Portanto, para Bentham, o critério da moralidade da ação, isto é, para se definir se uma ação é correta ou incorreta, é o maior ou menor prazer, ou a maior ou menor dor, que nosso ato terá como consequência, elaborando fórmulas de cálculos para quantias subjetivas de prazer e dor (FACHINI, 2013).

⁵⁶ Bentham e Mill defendiam que os interesses de animais não humanos têm de ser incluídos como merecedores de nossa consideração moral. Excluí-los por causa de sua espécie não é menos justificado do que as excluir por causa de sua raça, nacionalidade ou sexo. A comunidade moral tem que ser expandida para incluir todas as criaturas cujos interesses possam ser afetados pelo que nós fazemos. Assim, o padrão moral único não é o bem-estar humano, mas o bem-estar senciente (RACHELS; RACHELS, 2013).

Nesta perspectiva, Cortina e Martínez (2015, p.75) mencionam os dois princípios para a 'aritmética dos prazeres' de Bentham em que

- 1) O prazer pode ser medido, porque todos os prazeres são qualitativamente iguais. A partir de critérios de intensidade, duração, proximidade e segurança, é possível calcular a maior quantidade de prazer.
- 2) Diferentes pessoas podem comparar seus prazeres entre si para conseguir um máximo total de prazer.

E, justamente nesse aspecto, é preciso se questionar sobre valor avaliado igual a prazer, pois

Sobre o prazer e o agradável não há necessariamente unanimidade. Estes podem até ser valorados negativamente. (...). Pode uma pessoa, de resto, afirmar como valor positivo para a sua consciência uma coisa que lhe causa desprazer. A nossa consciência valorativa está longe de coincidir com os prazeres e desprazeres (HESSEN, 1980, p.55).

O elemento fundamental do valioso surge apenas quando existe uma consciência valoradora e isso compõe um ser constituído de sensibilidade e espírito, que abarca caracteres de valores sensíveis – tais como, os valores do agradável e do prazer; os valores vitais ou da vida; os valores de utilidade, por exemplo – em valores espirituais – os valores lógicos; os valores éticos, ou do bem moral; os valores estéticos ou do belo; os valores religiosos, entre outros – (HESSEN, 1980).

De fato, esta é uma das diferenças de Bentham e Mill, seu seguidor. Enquanto Bentham (1748-1832) alegava que o bem-estar de um indivíduo era determinado unicamente pela quantidade de prazer – pois para ele o prazer é não apenas o padrão para se avaliar se uma ação é correta ou incorreta –, como também criou formas de medi-lo quantitativamente. Mill (1806-1873), na sua reformulação do utilitarismo de Bentham, introduziu elementos qualitativos na avaliação do valor dos prazeres e a superioridade dos prazeres intelectuais sobre os prazeres sensíveis, isto é, os prazeres superiores seriam intrinsecamente mais valiosos (GALVÃO, 2005). Como afirma Mill (2005, p. 50)

É totalmente compatível com o princípio da utilidade, reconhecer o fato de que alguns *tipos* de prazer são mais desejáveis e valiosos do que

outros. Seria absurdo supor que, enquanto, na avaliação de todas as outras coisas se considera tanto a qualidade como a quantidade, a avaliação dos prazeres dependesse apenas da quantidade.

Visto que na obra *Utilitarismo*, J. S. Mill estabelece o princípio da utilidade para uma busca da felicidade em que o prazer estimula os seres humanos na sua conquista:

O credo que aceita a utilidade, ou o Princípio da Maior Felicidade, como fundamento da moralidade, defende que as ações estão certas na medida em que tendem a promover a felicidade, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade. Por felicidade, entende-se o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e a privação de prazer (MILL, 2005, p. 47).

Este é o princípio supremo do utilitarismo, fundamento da moralidade, segundo Mill (GALVÃO, 2005). Rachels e Rachels (2013) afirmam que o utilitarismo clássico pode ser resumido em três proposições: (a) a moralidade de uma ação depende somente das suas consequências, nada mais interessa; (b) as consequências de uma ação importam somente na medida em que envolvem uma maior ou menor felicidade dos indivíduos; (c) no tratamento das consequências, a felicidade de cada pessoa recebe “igual consideração”. Isso significa que quantidades iguais de felicidade sempre contam igualmente; o bem-estar de ninguém importa mais somente porque é rico, vamos dizer, ou poderoso ou bonito.

A última proposição é onde Mill (2005, p. 57) reconhece a importância da imparcialidade como fundamento da moralidade utilitarista no sentido de satisfazer os “interesses coletivos da humanidade”, ou seja,

A felicidade que constitui o padrão utilitarista daquilo que está certo na conduta não é a felicidade do próprio agente, mas a de todos os envolvidos. Quanto à escolha entre a sua própria felicidade e a felicidade dos outros, o utilitarismo exige que ele seja tão estritamente imparcial como um espectador benevolente e desinteressado Mill (2005, p. 57).

Em suma, a ação moral é aquela que aumenta a felicidade do maior número de pessoas envolvidas: “o princípio do maior bem para o maior número” de pessoas (MILL, 2005).

Em face do que já se disse, a versão clássica do utilitarismo sofreu várias objeções ao longo do tempo. Por exemplo, se tudo o que importa para a moralidade é o resultado da ação e nada mais importa além das consequências, então “o utilitarismo parece não ter consideração com a justiça e com os direitos individuais” além de que “a exigência de ‘igual consideração’ [imparcialidade] põe uma demanda sobre nós (...) e rompe nossas relações pessoais” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 127-128, grifo dos autores).

Em contrapartida, é preciso lembrar que dor, prazer, bem-estar e felicidade tiveram suas definições aprofundadas, pois para Zubiri (2011, p. 119, grifo nosso)

O radical está em que o próprio dar-se conta do animal é essencialmente diferente do dar-se conta humano, mesmo que se trata daquelas impressões cujo conteúdo poderia ser comum ao homem e o animal. O **sentir humano** é coatualização de realidade; neste ‘com’ de realidade se funda a **consciência humana**. O **sentir animal** é coestimulidade signitiva; este ‘com’ de signo é a **consciência sensitiva do animal**.

Como descrito por Felipe (2007, p. 183, grifo nosso)

Ao definir como critério delimitador do respeito ético a **dor** e o **prazer** daqueles que são afetados pelas ações de sujeitos morais, os utilitaristas rompem com pelo menos dois dos critérios mais relevantes que constituem o padrão da moralidade tradicional – razão e linguagem – e expandem o círculo da moralidade para incluir interesses antes excluídos de qualquer consideração: o de seres sensíveis, capazes de diferenciar, interagindo com o ambiente natural e social, o que é bom ou **útil** ao seu **bem-estar** do que os prejudica ou destrói.

De fato, entre avanços e controvérsias – definições, argumentações, justificativas e fundamentos (ora considerados formais, outras vezes reais e críticos), uma das defesas dos filósofos que continuam a desenvolver o utilitarismo é que o **princípio da utilidade é um guia para escolher regras, não atos**. Isso estabeleceu a distinção entre “utilitarismo de ato” e “utilitarismo de regra” que muda a ênfase da justificação dos atos para a justificação das regras. A assunção problemática - da teoria original agora denominada de “utilitarismo de ato” - é aquela de que *cada ação individual* deve ser julgada pelo padrão utilitarista. Por exemplo, a análise do caráter

errado da mentira em uma situação particular depende das consequências de *dizer aquela mentira em particular*; se você deve manter uma promessa em particular, depende das consequências de *manter aquela promessa em particular*. Portanto, a nova versão do utilitarismo – denominada de “utilitarismo de regra” modifica a teoria de tal forma que as ações em particular não são mais julgadas diretamente pelo princípio da utilidade.

Em vez disso, nós primeiro perguntamos qual o *conjunto de regras* é ideal de um ponto de vista utilitarista. Em outras palavras, que regras nós deveríamos seguir para maximizar a felicidade? Atos em particular seriam, então, julgados de acordo com a sua conformidade a essas regras. Um utilitarista de ato incriminaria um homem inocente se as consequências *daquele ato em particular* fossem boas⁵⁷. Já um utilitarista de regra primeiro perguntaria quais regras de conduta tenderiam a promover maior felicidade? Por exemplo, ‘não cometas falsos testemunho contra o inocente’ é uma regra que quase sempre aumenta a felicidade. Apelando a ela o utilitarista de regra pode concluir que não devemos testemunhar contra um inocente (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 128-129, grifos dos autores).

Ainda, sobre o utilitarismo de regras, Rachels e Rachels (2013, p. 129) dizem que “nós devemos aceitar tais regras porque segui-las como uma prática regular promove a felicidade geral. Assim, nós não mais julgamos atos pela sua utilidade, mas

⁵⁷ O exemplo de Rachels e Rachels (2013, p. 112-113) exemplifica o utilitarismo de regra como reformulação para superar o defeito de utilitarismo de ato, na teoria original. “H. J. McCloskey, ao escrever no clima radicalmente carregado do movimento americano pelos direitos civis, em 1965, pedenos para considerar o seguinte exemplo: ‘Suponha que um utilitarista estivesse de visita em uma área na qual houve luta racial e que, durante a sua visita, um negro estupe uma mulher branca e que motins raciais ocorram como um resultado do crime [...] Suponha também que nosso utilitarista esteja na área do crime quando é cometido o crime de tal forma que o seu testemunho poderia levar à condenação de [qualquer um que ele acuse]. Se ele soubesse que uma prisão rápida pararia os motins e linchamentos, certamente, como um utilitarista, ele teria que concluir que ele teria o dever de sustentar falso testemunho para levar à punição uma pessoa inocente”. O utilitarismo de ato, diria que o falso testemunho seria a ação correta porque “tal acusação teria consequências ruins – o homem inocente poderia ser condenado – mas haveria boas consequências suficientes para pesar mais do que aquelas ruins: os motins e linchamentos poderiam parar e muitas vidas poderiam ser salvas. Desse modo, o melhor resultado seria alcançado pela sustentação de falso testemunho. Portanto, de acordo com o utilitarismo [de ato], mentir seria a coisa certa a fazer” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 123). Já o utilitarismo de regra consideraria que “seria errado levar à condenação uma pessoa inocente”, pois a teoria utilitarista seria “incompatível com o ideal de justiça” que “requer que tratemos todos equitativamente” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 123). Deveria ser seguida, então a regra de não cometer falso testemunho.

pela sua conformidade com essas regras”, as quais, por sua vez, são julgadas pela sua utilidade.

Noutros termos, enquanto no utilitarismo de ato, a ação é julgada diretamente pelo Princípio da Utilidade, no utilitarismo de regra eles são julgados pela sua conformidade com uma regra moral, que por sua vez deve ser formulada em concordância com o Princípio da Utilidade, ou seja, ela é uma regra moralmente autêntica se traz os melhores resultados para a sociedade, vale dizer, se os atos por ela julgados promovem a maior felicidade para o maior número de pessoas e previnem a miséria. Assim, uma ação seria correta se ela é permitida ou obrigatória, segundo uma regra que traz mais consequências boas que más. Em suma, no utilitarismo de regra, as regras morais - que julgam os atos particulares - são julgadas pelo Princípio da Utilidade.

Como descrito por Cortina e Martínez (2015, p. 76, grifo da autora) os adeptos do utilitarismo distinguiram duas versões da filosofia moral:

- 1) O *utilitarismo do ato*, que exige julgar a moralidade das ações caso a caso, atendendo às consequências previsíveis de cada alternativa.
- 2) O *utilitarismo de regra*, que recomenda ajustar nossas ações às regras habituais, já consideradas morais pela comprovada utilidade geral de suas consequências.

Ao se fazer essa distinção, um passo importante foi concretizado; todavia, outros elementos precisam ser detalhados no utilitarismo de ato; pois, ao se admitirem alternativas consideradas aceitáveis em específicas situações, aonde aspectos básicos de cada existência humana são corrompidas e impostos limites que destroem o próprio movimento primário e essencial de liberdade e autonomia da pessoa – lembrando, que inteligir sencientemente possui sempre uma escolha autodeterminada com uma responsabilidade de dimensão correspondente – e alterando de maneira negativa a individualidade, a identidade e até a integridade física no desenvolvimento da personalidade para um afastamento de dois momentos relativos a um único ato para a constituição de dois atos, ou seja, uma dicotomia incoerente ao próprio indivíduo.

É possível fazer referência a busca de promover a maior felicidade ao maior número de pessoas, como no caso de McCloskey ou mesmo na eutanásia involuntária

ou não voluntária, já discutido anteriormente em “a moralidade da eutanásia”, em que lacunas se tornam insuperáveis no percurso de a omissão do valor absoluta, entre a personeidade e a personalidade. Por outro lado, se questiona também se o utilitarismo de regra não “cairia no mesmo rigorismo que censurávamos em Kant, quando, na sua deontologia da norma, postulava uma universalidade absoluta, sem exceção” (VAZQUEZ, 2000, p. 204). Assim, diante dos impasses, a objeção que se coloca ao utilitarismo de regra é: as normas morais do utilitarismo de regras admitem exceções?

Se elas admitirem exceções apenas por estarem em conformidade com o princípio geral do utilitarismo de promover a felicidade e prevenir a miséria, como por exemplo, “um ato proibido que pudesse aumentar o bem estar geral” então não seria utilitarismo de regra, mas sim utilitarismo de ato, pois se teria que avaliar as ações caso a caso (RACHELS; RACHELS, 2013, p 129-130).

Nesta perspectiva, Vazquez (2000, p. 205) vai salientar que para escapar do rigorismo da universalidade absoluta, o utilitarismo de norma precisaria assinalar as circunstâncias concretas da aplicação da norma ou as suas exceções; mas, como nem todas estas se podem indicar, resta unicamente uma nova norma a salvo de circunstâncias imprevistas ou exceções: “age de acordo com a norma cuja aplicação traga melhores consequências”. Esta é exatamente a norma que não tem conteúdo concreto e que, por ser uma norma vazia, é aplicável em todos os casos, de modo que o utilitarismo de regras acabaria coincidindo com a teoria deontológica – kantiana – da obrigação moral.

Também nesta direção, Rachels e Rachels (2013, p. 130) alegam que a versão do utilitarismo de regra, não é exatamente uma teoria utilitarista haja vista que se contradiz, ou seja, se tivermos que formular as normas de acordo com as circunstâncias “as regras que seguimos sempre diriam para escolhermos o ato que promove a maior felicidade”, o que seria exatamente como o utilitarismo de ato. Por outro lado, se o utilitarismo de regra afirmar seu fundamento de que nunca devemos quebrar as regras, mesmo para promover a felicidade, então essa versão de utilitarismo não é realmente uma teoria utilitarista. “O utilitarismo [de ato] se importa somente com a felicidade e com as consequências, porém esta teoria [utilitarismo de normas] se importa com seguir regras”.

Em vista disso, Rachels e Rachels (2013, p.188, grifo nosso) defendem um utilitarismo que não seja o de regras nem o de ato e, sim, um *utilitarismo multiestratégia*.

Nem foca inteiramente em atos ou regras, como outras teorias têm feito. Essa teoria é utilitarista porque o objetivo último é maximizar o **bem-estar geral**. Porém a teoria reconhece que podemos usar diversas estratégias para buscar tal objetivo. Algumas vezes, visamos diretamente ao objetivo.

Bonella (2014, p.151) esclarece que após “selecionadas as melhores regras segundo o que produziria a maior satisfação de preferências dos envolvidos, julgar-se-iam as próprias ações singulares possíveis pelas regras selecionadas, e não pelo princípio da utilidade”, ponderando a realização de outros valores (como justiça, liberdade, direitos individuais) essenciais para o alcance do bem maior para o maior número. Inclusive, convém mencionar o texto de James Rachels com o argumento da moralidade na eutanásia no livro “a coisa certa a fazer” analisado, anteriormente, neste contexto utilitarista.

Em síntese, se percebe uma construção de utilitarismo caracterizada “com dois níveis de deliberação moral, um para a vida cotidiana em geral e suas situações de estresse prático, (...), e outro para a vida reflexiva em especial, chamado de nível crítico do pensamento moral” (BONELLA, 2014, p. 134). Assim, há uma mudança de movimento em que o fundamento está na sequência lógica dos conceitos utilizados na reflexão moral, nos quais partem de uma forma de linguagem utilizada para fazer questionamentos e juízos normativos, conectados a certas virtudes que são valiosas por diferentes razões.

Em contrapartida, desde os utilitaristas clássicos, o utilitarismo tem uma elevada preocupação com a relação entre moral e direito. Rachels e Rachels (2013) afirmam que Bentham pensou o princípio da utilidade como um guia para os legisladores e para as pessoas comuns. O objetivo da lei seria promover o bem-estar dos cidadãos. Ela deveria restringir o mínimo possível à liberdade das pessoas. Diz ainda que foi John Stuart Mill, filho de James Mill, que deu a esse princípio a sua expressão mais eloquente, na sua obra *On Liberty* (1869, p. 47- 48, grifo nosso):

Que o único propósito para o qual o **poder** pode ser exercido **com justiça** sobre qualquer membro da comunidade civilizada, contra sua vontade, é o de **evitar danos a outros**. A finalidade de seu próprio bem, físico ou moral, não é suficiente para conferir essa autorização. Ele não pode, sem que se cometa injustiça, ser compelido a fazer ou abster-se de fazer algo porque será melhor para seu próprio interesse agir assim, porque isso o fará mais feliz, porque, na opinião de outros, seria uma ação sábia, ou mesmo justa. Essas são boas razões para repreendê-lo, ou para ponderar com ele, ou para persuadi-lo, (...). O **único aspecto do comportamento** pelo qual ele é obrigado a fazer **concessões à sociedade é o que diz respeito a outras pessoas**. No aspecto que diz respeito apenas a si mesmo, sua independência é, por direito, absoluta. **Sobre si mesmo, seu próprio corpo e sua mente, o indivíduo é soberano**.

Assim, é possível mencionar que, para o utilitarismo clássico, leis contra a eutanásia e suicídio assistido são restrições injustificadas sobre a capacidade das pessoas controlarem as suas próprias vidas, desde que não causem dano a outros.

Para Sidgwick (1838-1900), em sua obra – *Os métodos da ética* – publicada pela primeira vez em 1874 e revisada pelo autor até a sua sétima edição em 1890, sendo que essa última revisão foi feita de maneira incompleta pelo próprio autor – devido a uma doença grave que o impossibilitou de finalizar – apresenta importantes contribuições para o processo de conhecimento ético e moral, pois mesmo

Que se admita que o **princípio da benevolência** racional seja por si só, evidente, ainda é possível considerar que a **felicidade própria de um indivíduo é um fim** e que é irracional sacrificá-la a qualquer outro; e que, por conseguinte, é necessário, de uma maneira ou de outra, comprovar uma **harmonia** entre a máxima de **prudência** e a máxima de **benevolência racional**, se a **moralidade** deve ser inteiramente racional (SIDGWICK, 2013, p. 498, grifo nosso).

Neste aspecto, o autor trouxe em debate um ponto crucial entre a razão prática e os limites da filosofia moral, em que se “rompe o laço que existia, desde John Gay e Bentham, entre uma teoria moral descritiva e uma teoria normativa e que dava do utilitarismo uma imagem radical da sociedade e da vida política” (AUDARD, 2013, p. 1058).

Se por um lado há uma distinção entre dois indivíduos quaisquer no percurso de apreensão das realidades afetadas pelo real, é preciso observar, como elucidado

por Canto-Sperber (2013, p. 407, grifo da autora), que a “racionalidade do interesse voltado a si mesmo (segundo o qual a felicidade própria é mais importante, para aquele que a experimenta, que a felicidade de outrem)” se contrapõe com “a ‘racionalidade do sacrifício de si’ (que não reconhece o próprio bem do agente [com] mais importância do que ao dos outros)”.

Por outro lado, a definição de soberano bem – sendo “à felicidade de todos”, ou também, “a soma de todas as felicidades buscadas individualmente é um bem para cada indivíduo” – possui conexão com a reflexão conduzida pela experiência moral e para Canto-Sperber (2013, p. 408, grifo da autora),

Os traços que definem esse bem são a completude (o bem é o fim último que realiza o desejo), o caráter compreensivo (ele compreende todos os outros bens), a autossuficiência, certa forma de destaque na apreensão do humano e a capacidade de organizar a vida do agente de forma unificada. Mas o **soberano bem** não é necessariamente uma soma de bens particulares; ele pode ser um modo de servir-se dos bens, uma forma de deliberação e de unificação reflexiva que o agente confere à sua própria vida.

Ao buscarmos compreender os traços que compõe esse tão estimado *bem* temos o reconhecimento de que os *bens* se apresentam diversos e heterogêneos entrelaçados com formas de vida que se constituem e desenvolvem uma pluralidade que não impede a coerência unificada de uma ligação entre dignidade humana e religião. Singer (1993, p. 216) expõe suas ideias no utilitarismo, enfatizando que “nunca podemos levar as pessoas a agir moralmente fornecendo razões para o interesse pessoal, porque se elas aceitarem o que dizemos e agirem pelas razões dadas, apenas agirão pelo interesse pessoal, e não pela moral”. Pode-se dizer que o uso da cautela é primordial ao se posicionar e oferecer razões para outros indivíduos abandonarem o seu ponto de vista moral; pois, muitas vezes, a mudança gerada estará direcionada apenas para os seus prazeres e interesses, desvirtuando e degradando as próprias virtudes.

Nesta perspectiva da ética, se constata que os resultados são mais importantes do que os motivos, sendo que a consciência moral tem valor devido às suas consequências. Infelizmente, a consciência moral é analisada e aceita como

Uma espécie de tapa-buracos multiusos que pode ser usada para motivar as pessoas para o que é valorizado, mesmo que não possuam as virtudes naturais normalmente associadas às ações decorrentes desses valores – generosidade, solidariedade, honestidade, tolerância, humildade, entre outros (SINGER, 1993, p. 217).

Como vimos, diferentemente, da ética das virtudes – assunto a ser abordado no próximo tópico – em que as disposições de caráter tendem por sua própria natureza para a prática dos atos que a produzem, dependendo de nós e sendo construídas com elementos que caracterizam a ação humana – no utilitarismo o objetivo da virtude é maximizar a felicidade de modo que os traços de caráter somente podem ser reconhecidos como tal se as ações do agente promoverem a felicidade. Do ponto de vista de Galvão (2005, p. 28, grifo do autor), Mill admite o desejo à virtude considerando-a desejável em si mesma e que isso é perfeitamente aceitável. Contudo, recusa a ideia de que a felicidade e a virtude estejam radicalmente separadas já que a segunda sustenta compor “um ‘ingrediente’ fundamental da primeira”. A virtude, desse modo, deve ser desejada não apenas porque é um fim em si mesmo, mas porque é um instrumento para se promover a felicidade com fim último.

Visto que o utilitarismo assume a presença dos traços de caráter que compõe a estrutura, especificamente, humana e se movimenta na busca de uma sequência lógica de força vital e potências em que, – para Rachels e Rachels (2013, p. 110) – desde o utilitarismo clássico, “a moralidade não é mais concebida como fidelidade a algum código de origem divina ou a algum conjunto de regras inflexíveis”, continuamos o percurso, na apreensão de conhecimento, abrangendo a ética das virtudes e suas importantes contribuições na investigação de fundamentos filosóficos.

5.2.2.2. Ética das Virtudes

Na análise da ética utilitarista as virtudes são bens porque servem de meio para conduzir ações que promovem a maior felicidade para o maior número de pessoas e não somente um fim em si mesmo como, por exemplo, a honestidade que assume um valor instrumental. Entretanto, a ética das virtudes vem sendo considerada uma

intersecção importante às ideias utilitaristas ou consequencialista e deontológica. Como afirma Hobuss (2011, p. 7):

A origem do interesse renovado acerca das virtudes pode ser encontrada na ética grega, sobretudo em Aristóteles, mas também em Platão ou nos estoicos. Essa tradição grassou por longo período, quando foi relegada a um segundo plano, como foco da filosofia moral, pelas éticas peculiares à filosofia moderna, seja a ética kantiana, seja o utilitarismo.

Quem defende a perspectiva da ética das virtudes, pondera que a ética – reflexão filosófica – se desenvolve, primariamente, não como uma tentativa de encontrar princípios para avaliar ações; mas, como uma forma de compreender o que é ser um agente virtuoso (GALVÃO, 2005).

De acordo com Marcondes (2012) foi a *Ética a Nicômaco*, de Aristóteles (384-22 a.C.) o primeiro tratado de ética da tradição filosófica ocidental e, também, pioneiro no uso do termo ‘ética’ no sentido que o empregamos até hoje; de modo que a obra marcou profundamente a discussão subsequente sobre ética, definindo as linhas centrais de discussão filosófica nessa área.

Conforme já mencionamos, a ética das virtudes de Aristóteles é uma ética teleológica porque determina a ação correta, conforme um fim ou finalidade determinada. Este fim (*télos*) ou finalidade das ações humanas é a felicidade (*eudaimonia*). Este é o objetivo visado por todo ser humano. A noção de felicidade é central na ética aristotélica; que, por esse motivo, é caracterizada como ‘ética eudaimônica’ (MARCONDES, 2012, grifo nosso).

Todavia, se distingue as prioridades e aspectos defendidos na própria constituição de felicidade na ética utilitarista que, também, discorre a felicidade como *télos* (e por isso também é uma ética teleológica), mas como prazer (*hedonismo*).

A felicidade, na ética das virtudes, está relacionada à realização humana e ao sucesso naquilo que se pretende obter, o que só se dá se aquilo que se faz é bem feito, ou seja, corresponde a excelência humana e depende de uma virtude (*areté*) ou qualidade de caráter que torna possível essa realização (MARCONDES, 2012). Mas de onde vêm as virtudes? Segundo Aristóteles (1979, p. 67), “não é por natureza, nem

contrariando a natureza que as virtudes morais⁵⁸ se geram em nós. Diga-se, antes, que somos adaptados por natureza a recebê-las e nos tornamos perfeitos pelo hábito”. Para Marcondes (2012), a virtude (*areté*) ou excelência, pode ser ensinada; ela não é inata, mas resulta do hábito (*ethos*, raiz do próprio termo ‘ética’), ou seja, é necessário praticá-la e exercê-la, efetivamente, para nos tornarmos virtuosos.

Portanto, na ética das virtudes a felicidade é a excelência humana e se chega a ela pela virtude que por sua vez provém do hábito⁵⁹. E como o hábito nos leva à virtude? Aristóteles (1979) explica que a virtude é um meio-termo entre duas formas de deficiência moral, uma pressupondo excesso e outra pressupondo falta, e que a excelência moral (ou virtude) é assim porque sua característica é visar às situações intermediárias nas emoções e nas ações. Aristóteles elenca as virtudes e seus respectivos vícios ou faltas, definindo a justa medida (*mesotes*) em cada caso. Assim, por exemplo, a coragem seria a característica do indivíduo virtuoso em relação à confiança, que teria como vício por falta, a covardia, e, o vício por excesso, a temeridade. A virtude da coragem é o meio-termo entre a temeridade e a covardia. O covarde é o homem que excede no medo em situações difíceis, falta-lhe confiança. Não tem coragem ou disposição para enfrentar tais situações e sofre se tiver de enfrentá-las. Do outro lado, o temerário excede na confiança com respeito ao que é realmente terrível e temerário; não sabe medir o perigo e por isso é considerado um jactancioso⁶⁰ é um mero simulador de coragem.

Sendo assim, o meio-termo é um dos princípios fundamentais da ética das virtudes de Aristóteles. Como afirma Marcondes (2012, p. 40),

⁵⁸ É preciso esclarecer que o uso da terminologia – virtudes morais – corresponde ao erro de tradução na obra clássica e a partir de Van Hooft (2013, p. 87) se corrige para virtudes de caráter.

⁵⁹ Para Zubiri (2011, p. 63, grifo do autor), Aristóteles considerou “o *habitus* como um gênero supremo do ser, redutível, no fundo, à qualidade. (...) E, diferentemente, tanto de Aristóteles como dos medievais (para os quais o *habitus* é uma disposição incrustada mais ou menos permanentemente no sujeito), conceituo formalmente o que chamo de *habitude* como ‘modo de haver-se’ com as coisas. (...) E, como categoria do ser vivo, é radical nele”. Não obstante, o autor esclarece que com os mesmos “receptores e, portanto, com o mesmo conteúdo, esse conteúdo pode ‘ficar’ de diferentes maneiras. O ‘ficar’ não depende dos receptores em si mesmos, mas do modo de o senciante haver-se em seu sentir. Esse modo de ‘haver-se’ deve ser chamado de *habitude*. (...) *Habitude* não é costume nem hábito, mas modo de haver-se. Os costumes e os hábitos são *habitude* precisamente porque são modos de haver-se. Mas a recíproca não é verdadeira: nem todo modo de -haver-se é costume ou hábito” (ZUBIRI, 2011, p. 17-18, grifos do autor). Mais adiante, retornamos ao tópico.

⁶⁰ Que se gaba, se gloria e se vangloria – cf. *Dicionário Aurélio*.

A ação correta do ponto de vista ético deve evitar os extremos, tanto o excesso quanto a falta, caracterizando-se assim pelo equilíbrio, ou justa medida. A sabedoria prática (*phronesis*) consiste na capacidade de discernir essa medida, cuja determinação poderá variar de acordo com as circunstâncias e situações envolvidas.

Em suma, na ética das virtudes uma ação é correta se ela for virtuosa, haja vista que é através dela que se chega à felicidade ou excelência humana. Na opinião de Van Hooft (2013, p.75) ela “fornece uma descrição de nossas vidas sociais, e depende de uma concepção filosófica de existência humana, que está em conformidade com a vida real”.

Neste ponto, uma imprecisão precisa ser esclarecida relacionada às implicações das emoções e sentimentos no agir moral, na ótica da ética das virtudes, de Aristóteles. Antes de tudo, é preciso mencionar que, para Aristóteles, as emoções e sentimentos não podem ser extirpados do agir moral; mas, devem ser moderados pela razão. O ser humano virtuoso é aquele que consegue moderar as emoções e sentimentos com a racionalidade, colocando-as numa “mediania relativa” para então alcançar a finalidade das ações humanas: o bem supremo ou a felicidade.

Primeiramente, cumpre-nos compreender qual a diferença entre emoções e sentimentos (se é que são diferentes) e como são denominados por Aristóteles. Segundo o dicionário Aurélio a emoção é a “perturbação ou variação do espírito advinda de situações diversas, e que se manifesta como alegria, tristeza, raiva etc.; abalo moral; comoção”. Já o sentimento é “a capacidade para sentir; sensibilidade” (HOBUSS, 2011).

Mora (2005, p. 816, grifo do autor), diz que “algumas vezes ‘emoção’ é utilizada em sentido muito similar a sentimento”. Para este autor, de imediato ‘sentimento’ pode ser definido como a “ação e o efeito de experimentar sensações”, que podem ser de vários tipos: sensações dos sentidos corporais, emoções, paixões, entre outros. Se reservarmos para as sensações dos sentidos corporais (como quando se sente frio) o nome de “sensações”, ‘sentimento’ ainda poderá ser entendido de várias maneiras: como uma afeição, uma emoção, uma aflição, ou até mesmo uma opinião, um pressentimento, uma expressão de pêsames etc. Essa variedade de significados de ‘sentimento’ se torna ampla na literatura filosófica. Enquanto que as emoções, mesmo se consideradas fundadas em processos corporais, não precisam ser descritas em

termos corporais, pois se acredita que a alegria, o temor, o amor, por exemplo, ao sentirmos são emoções; a noção de emoção está ligada a de “paixão”, na acepção de uma afeição, ou de um afeto (MORA, 2005, grifos do autor).

Conforme Abbagnano (2012, p. 1039), o termo sentimento pode significar:

1º. O mesmo que emoção, no significado mais geral, ou algum tipo ou forma superior de emoção; 2º. Pressentimento, no sentido em que se usam frases como “sinto que algo não vai bem” para se dizer que se tem uma opinião que não é possível justificar naquele momento; quanto a esse sentido; 3º. Fonte de emoções, como princípio, faculdade ou órgão que preside às emoções, e do qual ela dependem, ou como categoria na qual elas se enquadram.

Enquanto,

As emoções podem ser consideradas reações imediatas do ser vivo a uma situação favorável ou desfavorável: imediata, porque condensada e, por assim dizer, resumida no tom (agradável ou doloroso) do sentimento, que basta para pôr o ser vivo em estado de alarme e para dispô-lo a enfrentar a situação com os meios que tem (ABBAGNANO, 2012, p. 363).

É na acepção de afeição da alma que encontramos o significado de emoção em Aristóteles, isto é, como afecção ou “o estado em que algo está afetado por uma ‘ação’ – como algo que é ‘cortado’ pela ação de cortar –” (MORA, 2005, p. 2190, grifos do autor).

Em *Ética a Nicômaco* (EN), Aristóteles (1979, EN, II 6, 1105b 20ss) refere-se às emoções e sentimentos denominando-os de paixões. As paixões seriam uma das três espécies de coisas que se encontram na alma: as paixões (*páthos*), as faculdades (*dynamis*) e disposições de caráter (*héxis*); sendo que a virtude pertence às disposições de caráter. Contudo, “os sentimentos que são acompanhados de prazer ou dor” a que se refere Aristóteles (1979, EN, II 5, 1105b 24), no âmbito das paixões, devem ser entendidos como sentimentos de caráter, vale dizer, que implicam no agir moral.

Por sua vez, as emoções e os sentimentos ou as paixões (segundo Aristóteles), desempenham determinados papéis na ação moral; porém, é preciso destacar que o

debate não é consenso na filosofia e, sobretudo, no campo da ética. Dito isso, determos-nos agora, em desvelar as implicações das paixões no agir moral, segundo a ética das virtudes de Aristóteles bem como, de que maneira elas devem ser tratadas para se alcançar a virtude.

De acordo com Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D), os filósofos discordam quanto à argumentação realizada em elementos relacionados às emoções e aos sentimentos, tais como: se as emoções e sentimentos são benéficos para a moralidade, se é preciso agir moralmente apenas devido à norma moral ou inclinados pelas emoções e sentimentos morais, dentre outras. “Para alguns, as emoções e até mesmo os sentimentos morais seriam perniciosos para a realização da moralidade; para outros, não há moralidade sem sentimentos e emoções” (BORGES; DALL’AGNOL; DUTRA, S/D, P. 1).

Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 2), afirmam que “há uma tradição, que remonta à antiguidade clássica, de considerar as emoções, paixões e desejos como nocivas à moralidade”. A propósito, Mora (2005, p. 816) diz que,

Os filósofos discutiram muito acerca do papel que as emoções desempenham na vida humana. Alguns proclamaram que se deve buscar uma harmonia das emoções; outros, que se devem cultivar apenas as emoções que causam alegria ou prazer, outros que, quaisquer que tenham sido as emoções tidas, elas devem ser experimentadas com moderação; outros, por fim, que é melhor descartar as emoções (o que costuma manifestar-se usualmente como necessidade de “descartar as paixões”).

De acordo com Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 2), “ainda que as paixões sejam perniciosas para a realização da ação correta, a virtude aristotélica propõe uma moderação das emoções e não a total erradicação dessas”.

De fato, a questão das implicações das emoções e sentimentos na moralidade foi tratada por Aristóteles ao posicionar as paixões com sendo uma das três espécies de coisas que se encontram na alma e que, portanto, não poderiam ser erradicadas, mas que deveriam ser moderadas pelo hábito. Como afirma Aristóteles (1979, EN, II,

1103a 15): “a virtude moral⁶¹ é adquirida em resultado do hábito” além de que “evidencia-se também que nenhuma das virtudes morais [virtudes de caráter] surge em nós por natureza” (1979, EN, II 1, 1103a 15), isto é, elas devem ser praticadas.

Aristóteles (1979, EN, I 1, 1094a) inicia a *Ética a Nicômaco* dizendo que “admite-se geralmente que toda a arte e toda a investigação, assim como toda a ação e toda a escolha, têm em mira um bem qualquer; e por isso foi dito, com muito acerto, que o bem é aquilo a que todas as coisas tendem”. De certo, é a ação humana que interessa a Aristóteles através do estudo das três espécies de coisas que se encontram na alma, definindo a racionalidade o que distingue o ser humano dos demais seres animais e faz com que a ação humana seja especificamente humana ao ter uma finalidade ou *télos*. Por isso, o fim (*télos*) da ação humana é a felicidade ou *eudaimonia*, isto é, felicidade como desenvolvimento das capacidades racionais para se alcançar a excelência (*areté*) ou virtude (EN).

Para Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 6 – 7)

Tal felicidade não é uma alegria momentânea, nem uma euforia passageira, mas um estado duradouro de satisfação. Aristóteles nos leva a desconsiderar motivos pessoais e subjetivos para a felicidade: o homem é feliz quando realizar bem a sua função (*ergon*) própria, sua racionalidade. Então, o bem supremo consiste num estado de bem estar duradouro, proveniente da realização da racionalidade humana. A forma de realizar a racionalidade é seguindo uma vida virtuosa. Apenas o desenvolvimento das capacidades racionais do ser humano o levará a uma vida plena. Tal desenvolvimento só é possível através da virtude, que é a excelência moral do ser humano.

Sendo assim, o bem supremo ou felicidade e a virtude em Aristóteles se relacionam para definição da *areté* como “excelência moral ou retidão” (BORGES; DALL’AGNOL; DUTRA, S/D p. 6). Em outras palavras a função (*ergon*) própria do bem é a razão. O ser humano alcança o bem supremo quando realizar bem a sua função ou *ergon* própria, isto é, sua racionalidade. Na visão de Aristóteles, existe uma função (*ergon*) específica do ser humano – que o diferencia dos outros animais e das outras formas de vida – que é especificamente o agir de forma racional.

⁶¹ É preciso esclarecer que o uso da terminologia – virtude moral – corresponde ao erro de tradução na obra clássica e a partir de Van Hooft (2013, p. 87) se corrige para virtude de caráter.

Se a virtude ou disposição de caráter é a “excelência moral do ser humano”, sendo através dela que desenvolvemos a racionalidade é necessário considerar que, as paixões ou emoções e sentimentos, estão conectadas na obtenção da virtude e no desenvolvimento das faculdades racionais, “visto que a virtude se relaciona com paixões e ações” (ARISTÓTELES, 1979, EN, III 1, 1109b 30).

Dessa forma, os três aspectos da alma, investigados por Aristóteles – paixões, faculdades e disposições de caráter – serão retomados para esclarecer o espaço assumido pelas paixões no agir moral. Para Aristóteles (1979, EN, II 5, 1105b 20), “por paixões entendo os apetites, a cólera, o medo, a audácia, a inveja, a alegria, a amizade, o ódio, o desejo, a emulação, a compaixão, e em geral os sentimentos que são acompanhados de prazer ou dor” e elas “representam um papel impresso à alma” (BORGES, S/D, p. 3); “por faculdades, as coisas em virtude das quais se diz que somos capazes de sentir tudo isso, ou seja, de nos irarmos, de magoar-nos ou compadecer-nos” (ARISTÓTELES, 1979, EN, II 5, 1105b 20) e;

Por disposições de caráter, as coisas em virtude das quais nossa posição com referência às paixões é boa ou má. Por exemplo, com referência à cólera, nossa posição é má se a sentimos de modo violenta ou demasiado fraca, e boa se a sentimos moderadamente; e da mesma forma no que se relaciona com as outras paixões (ARISTÓTELES, 1979, EN, II 5, 1105 b 25).

Dito isto, Aristóteles (1979, EN, II 5, 1105b 30, grifo nosso) deixa claro que

Nem as virtudes nem os vícios são *paixões*, porque ninguém nos chama de bons ou maus devido às nossas paixões, e sim devido as nossas virtudes ou vícios, e porque não somos louvados nem censurados por causa de nossas paixões (o homem que sente medo ou cólera não é louvado, nem é censurado o que simplesmente se encoleriza de certo modo); mas pelas nossas virtudes e vícios somos efetivamente louvados e censurados.

Infere-se do raciocínio, que a virtude é o parâmetro de julgamento ou fundamentação da ação humana: a ação correta ou propriamente moral; enquanto, os vícios caracterizam a ação incorreta. Mas se nem as virtudes nem os vícios são paixões, virtude e vício estão, para nós, com referência às paixões; se relacionam com as paixões. Em outros termos, para Aristóteles (EN, 1979) as virtudes não são paixões

nem faculdades. As virtudes *em geral* são meios e, também, são disposições de caráter, que tendem por sua própria natureza para a prática dos atos que a produzem, os quais dependem de nós, são voluntárias e agem de acordo com as prescrições da regra justa.

Dessa forma, no decorrer da investigação das três espécies de coisas que estão contidas na alma, Aristóteles, distingue o caráter voluntário das paixões do caráter deliberativo das virtudes de caráter e intelectuais.

Conforme Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 3), “as virtudes são disposições de agir de forma deliberada; neste sentido, elas não são dadas por natureza e dependem de uma decisão racional, ao contrário das afecções ou das faculdades”. Para a autora, as afecções independem de uma decisão racional, as faculdades estão em nós por natureza e as virtudes dependem de nossa escolha, isto é, do agir de forma deliberada (BORGES, S/D).

De fato, as paixões e desejos estão dentre as ações voluntárias tal como a escolha deliberada; embora, nem toda ação voluntária seja escolha deliberada, pois as ações por paixões são voluntárias, mas não são deliberadas.

Em *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (1979, EN, III 2, 1111 25, grifo nosso), ao adjetivar a “escolha” de “deliberada”, define a virtude como sendo propriamente humana e que está acima das ações voluntárias (paixões ou *pathos* e desejos ou *oréxis*), isto é, ação humana enquanto ação deliberada que tem um fim que se identifica com a *eudaimonia* ou felicidade. Enquanto as paixões e os desejos estão relacionados com os fins, a escolha deliberada está relacionada com os meios para se atingir a finalidade, ou bem supremo, que é determinada pela vontade racional. A escolha pressupõe a deliberação que é uma investigação dos meios necessários para alcançar um fim buscado por um agente. Assim, a escolha é somente possível a partir dos resultados dados pela deliberação.

É o que diz o autor:

(...) Sentimos cólera e medo sem nenhuma escolha de nossa parte, mas as virtudes são modalidades de escolha, ou envolvem a escolha. Além disso, com respeito às paixões se diz que somos movidos, mas com respeito às virtudes e aos vícios não se diz que somos movidos, e

sim que temos tal e tal disposição (ARISTÓTELES, 1979, EN, II 5, 1106b 5).

Por conseguinte, as virtudes são disposições a agir de forma deliberada e dependem de uma decisão racional. É nisso que se distinguem das paixões, que apesar de voluntárias não são escolhas deliberadas. Por isso Borges (S/D, p. 3) afirma: “ainda que a virtude se distancie das paixões e emoções, o homem virtuoso é aquele que consegue agir de forma correta, com a emoção correta”.

Para tanto, é preciso que as faculdades racionais não sejam comandadas ou dominadas pelas paixões, mas sim o contrário. Como diz Aristóteles, no livro *Tópicos* ao afirmar que,

Enunciar uma propriedade ‘relativamente’ a outra coisa significa expressar a diferença que existe entre elas, tal como se dá universalmente e sempre, ou geralmente e na maioria dos casos. (...). Uma diferença que se dá geralmente e na maioria dos casos é, por exemplo, aquela que a faculdade da razão possui em comparação com a do desejo e da emoção, e que consiste em comandar a primeira, enquanto a segunda obedece: porque a faculdade racional nem sempre comanda, mas às vezes também é comandada, nem a do desejo e da emoção é sempre comandada, mas às vezes também assume o comando, sempre que a alma de um homem é viciosa (ARISTÓTELES, 1987, p. 120).

Destacado o desempenho assumido pelas paixões, Aristóteles (1979, EN, II 6, 1107a) passa então a explicar a virtude como uma “mediania relativa”, caracterizando-a como “um meio-termo entre dois vícios, um por excesso e outro por falta; pois que, enquanto os vícios ou vão muito longe ou ficam aquém do que é conveniente no tocante às ações e paixões, a virtude encontra e escolhe o meio-termo”. A “mediania relativa” ou o meio-termo entre dois vícios é definido por Aristóteles como “aquilo que não é nem tão grande nem tão pequeno” e que; portanto, é relativo a nós, mas, não é o mesmo para todos. Ou seja, o meio-termo não é um ponto equidistante entre dois extremos e por isso é denominado de “mediania relativa”, a partir da qual se podem estabelecer os extremos que seriam os vícios por falta ou por excesso. A mediania preserva a virtude enquanto o excesso ou falta (vícios) as destroem.

A propósito, Aristóteles (1979, EN, III 6 ss; EN, IV 1 ss) ao descrever várias virtudes, detalha com que espécie de coisas está relacionada, bem como a conexão

entre elas. Assim, para cada virtude há os vícios correspondentes, caracterizados como vício por falta e vício por excesso.

Na lista de virtudes apresentadas estão aquelas que dizem respeito à mediania relativa das emoções – como mencionamos anteriormente – por exemplo, a virtude coragem está relacionada com a emoção do medo; seu vício por falta seria a covardia enquanto o vício por excesso seria temeridade. Já para uma ação de cólera (ou emoção da raiva), a insensibilidade (ou apatia) seria o vício por falta e a irascibilidade ou extrema raiva seria o vício por excesso, sendo que estes vícios teriam a calma como virtude. Nesta perspectiva, Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 3) ao colaborar na alegação de que “a virtude envolve uma moderação da própria emoção para que se encontre o meio-termo virtuoso” acolhe a mediania relativa das emoções.

Assim, ao passo que Aristóteles (EN, 1979, grifo nosso) decompõe essas duas virtudes ligadas às emoções – lembrando que a virtude coragem foi abordada ao longo do texto – serão mencionadas em detalhe, também, a cólera ou raiva que contém como virtude a **calma ou cólera justa**. A propósito, é preciso destacar que ambas as virtudes estão sendo mencionadas na produção desse texto não de maneira aleatória e, sim, devido a sua importância no sistema de notas dos seres humanos em nível mundanal e campal, ou seja, foram virtudes escolhidas e interligadas ao espaço de debate de modo peculiar.

O homem, por suas estruturas, determina a habitude de realidade. Nela ele não está aberto apenas para um meio, mas aberto a um campo e para um mundo: é o campo do real e o mundo do real. O homem tem certamente um meio; este meio enquanto humanamente apreendido é o campo de realidade. Mas o campo de realidade está transcendentalmente aberto ao mundo. De maneira que o campo de realidade, (...), é o mundo enquanto é sentido intelectivamente (ZUBIRI, 2011, p. 66, grifos do autor).

Efetivamente, no transcorrer de vivenciar e experimentar a dinâmica dos movimentos de Valer e Ser; bem como em adquirir experiência, atualmente, é observável muitos problemas morais e éticos sendo transformados no esboço de uma sociedade em que,

A degradação dos valores – ou, dos valores reconhecidos como válidos – em nível da própria cobiça fática ou do próprio poder almejar – em contraposição aos atos conscientes da ‘resignação’ por sobre a realização destes valores; a delimitação desta modalidade da consciência valorativa às ‘disposições próprias’ da aspiração – ao invés de uma mediação destas disposições junto aos valores previamente acolhidos de modo puro; **a articulação ilusória do reino valorativo com o ‘alto’ e o ‘baixo’, em consonância para com a construção dos próprios apetites e objetivos da vontade; tudo isto não é, como diz aquela doutrina [das relações fundamentais da consciência de valor, aspiração e cobiça], o curso da realização significativa de uma consciência normal e objetiva de valor, mas, exatamente ao contrário, a fonte principal da cegueira, das farsas e ilusões da consciência de valor** (SCHELER, 2012, p. 63, grifo do autor).

Em algum momento, a farsa valorativa do ressentimento na construção dos valores morais, se torna latente e concreta com “uma rígida demonstração da ‘independência’ de nossa consciência valorativa frente ao almejar e ao poder almejar, que junto a perversões da cobiça (...) não vertem necessariamente a consciência valorativa (...)”, especialmente aos sentimentos que dão início a tais perversões (SCHELER, 2012, p. 64, grifo do autor). Não obstante, os valores considerados positivos e elevados; porém, observados sobrepostos pelos valores intercedidos enganosos podem ser caracterizados de acordo com Scheler (2012, p. 65, grifo do autor) como fracos e transparentes.

Esta transparência dos valores verdadeiros e objetivos a partir e ao longo dos valores aparentes, que a ilusão provocada pelo ressentimento lhes contrapõe, esta consciência obscura de se viver em um mundo ‘dissimulado’ e ‘aparente’ sem que se possa penetrar nele para ver o que ele é, permanece um elemento insuprimível do conjunto total da vivência.

Com efeito, o movimento no interior dos tipos de ação humana, muitas vezes, se interliga em um sentimento específico de impotência-impotência, por exemplo, ao difamar os valores alheios que o sufocam. Essas manifestações possuem duas potências (sentir e inteligir) que se co-determinam em um único ato, dentre o momento de afecção do senciante e o momento de alteridade do sentido que advém a apresentação de algo – o qual, poderíamos assinalar como – outro. Neste outro, existe conteúdo que o constitui, tanto por parte das coisas como por parte dos meus

receptores. Portanto, o que neste processo se sente formalmente não são estas atuações; e, sim, o que nelas me está presente.

Em Zubiri (2011, p. 107, grifos do autor) vamos encontrar o seguinte esclarecimento

Para Aristóteles há ações, como o inteligir e o amar, que têm seu *érgon* em si mesmas: são executadas somente por executar-se: o inteligir não tem outro *érgon* além do inteligir, e o amor não tem outro *érgon* além do estar amando. Por isso, essas ações são *enérgeiai*. Seja isso, porém, como for, seja ou não verdade que essas ações não têm seu fim senão em si mesmas, nosso problema não é a índole da ação intelectual, mas a índole formal de sua atualidade, a índole formal da própria inteligência. Pois bem, a realidade enquanto ‘fica’, repousa sobre si mesma: é realidade e nada mais que realidade.

Assim, do mesmo modo que se enaltece o ser humano, diante das suas ações ponderadas, ao se encolerizar justificadamente com coisas e pessoas na devida ocasião e no adequado período, se observa que um homem com tal traços de caráter tende a não se deixar perturbar nem guiar pela paixão, mas a irar-se de maneira razoável com as coisas e durante o tempo que a regra prescreve. Por sua vez, a calma é o meio termo entre a irascibilidade e a apatia.

Em contrapartida, aqueles que não se encolerizam com as coisas que deveriam excitar sua ira, bem como os que não fazem da maneira apropriada, na ocasião adequada e com as pessoas que deveriam encolerizá-los despontam em apatia ou avançam em irascibilidade ao se encolerizaram depressa, com pessoas e coisas indébitas em um nível mais elevado do que convém. Em razão de um excesso, as pessoas *coléricas* são assomadiças⁶² e prontas a encolerizar-se com tudo e por qualquer motivo.

Para Aristóteles (1979, EN, II 1, 1103b), se adquirirmos as virtudes pelo exercício, ao aprendemo-las fazendo, “tornamo-nos justos praticando atos justos, é assim com a temperança, a bravura, etc”, enquanto em Borges, Dall’Agnol e Dutra (S/D, p. 4) se constata que “no exercício de ações virtuosas que o homem torna-se virtuoso, o que implica também o treinamento das emoções”. Neste contexto,

⁶² Que se encolerizam ou se irritam facilmente (SACCONI, 2010, p. 195).

certamente, se averigua elementos importantes no desenvolvimento de uma ação humana; sobretudo, na índole formal da própria inteligência. Em outras palavras,

O logos se funda na apreensão senciente do real, isto é, em inteligência senciente. Portanto, em vez de 'logificar' a inteligência, o que se deve fazer é, como eu disse, 'inteligizar' o logos; isto é, fazer do logos um modo ulterior da apreensão primordial do real. O termo formal do inteligir não é o 'é', mas a realidade. (...). Não se pode entificar a realidade: é preciso dar à realidade uma ulterioridade entitativa. A ulterioridade do logos se dá 'ao mesmo tempo' que a ulterioridade do próprio ser (ZUBIRI, 2011, p. 162, grifos do autor).

Assim, a realidade é formalidade e a existência concerne apenas ao conteúdo do real em que a "afecção do senciente, a apresentação do sentido, isto é, a alteridade (em seu duplo momento de conteúdo e formalidade), e a força com que o sentido se impõe ao senciente" apresenta as modificações tônicas e respostas (ZUBIRI, 2011, p. 107).

Todo e qualquer sentimento apresenta a realidade enquanto tonificante como realidade. O sentimento é um modo de versão para a realidade. Por sua vez, a resposta é determinação na realidade: é a **volição**. Quando as tendências sencientes nos revelam a realidade como determinável, determinanda e determinada, então a resposta é vontade. Sentimento é afeto senciente do real; volição é tendência determinante no real. Assim como a inteligência é formalmente inteligência senciente, o sentimento é sentimento afetante, e a volição é vontade tendente. O próprio do sentir em seus três momentos de suscitação, modificação tônica e resposta fica estruturado formalmente em apreensão intelectual, em sentimento, e em volição. Só porque há apreensão senciente do real, ou seja, só porque há impressão da realidade é que há sentimento e volição. A inteligência é, assim, o determinante das estruturas especificamente humanas (ZUBIRI, 2011, p. 206-207, grifo do autor).

Além disso, podemos dizer que sob a ótica da ética das virtudes de Aristóteles, as emoções e os sentimentos estão implicados no agir moral, isto é, implicam no julgamento das ações e nas ações mesmas. Pelo fato de não poderem ser extirpadas do agir moral elas devem ser moderadas pela razão. O ser humano virtuoso é aquele que consegue moderar as emoções e sentimentos com a racionalidade colocando-as

numa “mediania relativa” para então alcançar o bem supremo ou a felicidade, mediante as virtudes intelectuais e de caráter.

Com efeito, ao cogitar a virtude da calma, bem como os seus vícios (irascibilidade e apatia), se distingui na cotidianidade dos seres humanos inúmeros elementos que, atualizados, no movimento dinâmico de apreensão tornam visíveis as suas tendências vertidas aos elementos em notas, tais como a raiva ou a cólera em excesso, como respostas.

Certamente, a variedade de situações vivenciadas pelo ser humano no seu dia a dia possuem condicionantes para o estabelecimento de seus valores positivos e negativos em que virtudes e vícios se mostram interligados na modulação do inteligir. Dessa maneira, nestas situações está presente o enfrentamento desse ser humano com as coisas – diferente dos outros animais, que fazem por estímulo – o fazem em sua realidade, buscando os elementos que o convergem para dar razão e fazer escolhas.

Pois bem, ao se considerar que diante da raiva dos outros se torna razoável se retraindo à apatia ou insensibilidade, necessariamente, se movem outras propriedades que se encontram no caráter do inteligido que fluem nas justificativas oferecidas; tais como, permanecer no medo, muitas vezes, evita a violência (verbal ou física) do outro ou o reagir com violência.

Na complexidade do viver em que traços de caráter adquirem força, potencializando elementos negativos no ser humano que permaneçam retidas, ou seja, em notas para uma posterior resposta podem se transformar nas possíveis vertentes de bem e mal, ou seja, realizar uma reviravolta de valorações em que o próprio ser humano coloca em xeque a racionalidade e a *cons-ciência*.

Nesta perspectiva, retornamos a fazer menção de uma situação aleatória, almejando tornar um pouco mais nítido o complexo sistema de estruturas e propriedades que estamos abordando com o conhecimento desenvolvido por Aristóteles e delineado com propriedade por Zubiri, através do seu espaço histórico-temporal. Assim, nos colocamos em um determinado grupo de seres humanos, percorrendo uma avenida com um trânsito caótico em uma metrópole e buscamos ponderar a vivência e experiência que possuímos nestas situações. Qualquer que seja

o contexto vivenciando e experiência adquirida na ocasião, fatores que, até o momento, eram condicionantes podem estar se transformando em determinante; pois, ao se justificar que, nos dias atuais, é essencial adquirir muita cautela para contrapor ao xingamento do outro, considerando o risco de discussões destrutivas, brigas e até mesmo a ocorrência de uma tragédia se abarca que os traços de caráter vigentes – aqui poderíamos assinalar como vícios – estão se movendo para um espaço sem limitações. Com efeito, muitos indivíduos optam pela insensibilidade ou apatia diante dos fatos em curso, na tentativa de se resguardar a si, sua família e amigos envolvidos na situação – mesmo compreendendo que a contraposição de ideias e atitudes deveria convergir para um convívio harmonioso e respeitável em sociedade. Se por um lado é possível identificar traços de caráter que precisam de delimitações entre autodeterminação e responsabilidade; pois, afetam o desenvolvimento de todos os seres humanos na sua identidade, individualidade e integridade física; por outro lado, se constata que elementos oriundos de vícios se tornam as razões de suas escolhas através de explicações pouco razoáveis para fundamentá-las. Dessa maneira, as mudanças nos traços de caráter tornam a construção de sistemas morais unidirecional, sendo que, em determinadas situações, não se permitem, nem menos, encolerizar de forma apropriada.

Ao passo que avançamos neste delineamento é constatável que os vícios da cólera, por exemplo, ao se tornar o elo para a ação moral e se sobressaem à virtude, ocasionam implicações destrutivas à construção das moralidades, diante das emoções e sentimentos que se tornam elementos ajustados neste agir. Portanto, ao analisar que ser vicioso se torna necessário para a sobrevivência em determinadas situações se contrapondo ao ser virtuoso; visto que o vício também é adquirido de forma voluntária e deliberado em processos decisórios se reverte a uma construção propriamente humana inerente ao tempo e a história. Neste aspecto, é observável que ao mesmo tempo em que o ser humano se institui vicioso ou virtuoso ele também contribui para estabelecer o outro de forma semelhante mediante o treinamento na aprendizagem e/ou no hábito concretizado por indivíduos ou grupos, especialmente em comunidade.

Para Van Hooft (2013, p. 88) “precisamos criar o hábito de agir virtuosamente, e esse hábito se tornará então uma disposição para agirmos dessa maneira” e os vícios não serão os elementos preponderantes para a ação a ser praticada. Vale

dizer, que a reviravolta de posicionamento dos vícios para as virtudes possui uma importante dimensão interna para caracterizar um ser virtuoso.

Não só deve a pessoa estar contente ao agir virtuosamente, mas deve também saber o que está fazendo, escolher fazê-lo, por causa disso mesmo (não por causa do elogio que pode receber ou para formar o hábito de agir virtuosamente), e ter a disposição de caráter para agir dessa maneira. Assim, ela só será verdadeiramente virtuosa quando **tiver internalizado** o hábito, juntamente com as atitudes e compreensão pertinentes, da virtude na qual foi treinada (VAN HOOFT, 2013, p. 90, grifo nosso).

Por sua vez, na busca de abarcar os aspectos pertinentes às virtudes se constata que o meio-termo é relativo à pessoa que está agindo e à situação na qual está envolvida, sendo que o uso das virtudes de caráter com princípio racional difere das virtudes intelectuais em que o discernimento precisa ser exercido para uma análise das possíveis respostas a serem assumidas como razoavelmente aceitáveis em situações não rotineiras. Em tão alto grau, é necessário que a capacidade de julgamento seja estimulada nas pessoas em processo de aprendizagem e de treinamento de hábitos durante a sua trajetória de apreensão das virtudes de caráter para que não se mantenha estagnado em uma concepção reducionista formada pela “noção de virtude como um meio-termo e as regras práticas para descobrir em que esse meio-termo consiste” (VAN HOOFT, 2013, p. 94).

Dito isso, retornaremos, novamente, ao exemplo mencionado relacionado ao trânsito caótico e as possíveis reações dos envolvidos para examinar os diferentes percursos que uma situação pode apresentar em dependência das pessoas. Em primeiro lugar, é plausível considerar uma aparente insensibilidade ou apatia da pessoa diante dos fatos em curso como uma tentativa de se resguardar a si, sua família e amigos. Em seguida, a hipótese se direciona para uma apatia ou insensibilidade como um modo de lidar com a situação devido à prematura experiência e amadurecimento das virtudes ao buscar aceitar de forma contundente o conselho de uma pessoa prudente. Inclusive, poderia a situação estar em condições extremas de raiva de um dos indivíduos e a temperança o fez não tomar uma decisão para a reciprocidade de um diálogo. Enfim, se admite que um dos fatores determinantes para deliberar um julgamento ou um hábito é conhecer se essa apatia e ou insensibilidade

está internalizada na pessoa e faz com que o mesmo não reaja a essas situações – tornando-se uma pessoa que banaliza o mal – ou se foi uma estratégia para que ações fossem realizadas a seguir, não expondo as pessoas envolvidas na situação ao perigo. Dessa forma, ligações e denúncias, por exemplo, podem ser um modo de equilíbrio do contexto, bem como um boletim de ocorrência e um diálogo amigável após uma redução dos excessos presentes nas emoções e sentimentos. Van Hooft (2013, p. 94) ressalta que “a pessoa plenamente virtuosa certamente tem disposições a evitar extremos, mas ela também tem discernimento para perceber o que uma determinada situação demanda”.

Em síntese, é necessário analisar que dependendo da hipótese assumida teremos consequências e resultados diversos e que o vício em deficiência mencionado (insensibilidade e apatia) se define no momento da concretização da internalização no indivíduo em que nenhuma atitude e compreensão são assumidas diante dos acontecimentos da vida em sociedade e/ou privada, pois “a parte deliberativa do nosso ser está inextricavelmente ligada à ação”. No mesmo contexto, Van Hooft (2013, p. 85) menciona que “nós nos engajamos em ações e práticas que possuem objetivos, e a nossa deliberação é nosso pensamento sobre o modo como esses objetivos práticos podem ser alcançados”.

Em contrapartida, diante da exacerbação das emoções, dificilmente, se discorda da opinião de Aristóteles em que as emoções e sentimentos quando moderadas, possuem uma atuação fundamental no agir moral. Dessa maneira precisam ser moderadas pela razão para que se construa o almejado ser humano virtuoso no equilíbrio de suas emoções e racionalidade, através do hábito e/ou prática, para então alcançar as virtudes de caráter e/ou intelectuais.

Em outros termos, se acolhe, a partir de Aristóteles, a incoerência apresentada nos julgamentos e ações que desconsideram o equilíbrio ou moderação das emoções, bem como os contrassensos proferidos em juízos morais que não ponderam as emoções envolvidas neste agir. Assim, se quisermos bem agir, teremos de levar em consideração a presença das paixões, enquanto emoções e sentimentos que implicam nas ações humanas e se direcionam para a autorrealização do indivíduo – daí a relevância da ética das virtudes na atualidade.

É simplesmente a satisfação do meu próprio esforço em fazer algo que requer habilidade. Sempre que fizer algo cuja execução requeira certa concentração, habilidade ou empenho de minha parte fazê-lo bem me será uma fonte de um senso de realização e satisfação. Será um auto aperfeiçoamento em um sentido ético (embora não em um sentido moral; não há aqui qualquer questão direta de certo ou errado, ou de aprimoramento moral ou corrupção). Assim, o objetivo de se realizar ações desse tipo é alcançar esse tipo de autorrealização. (...). E isso exige conhecimento ou habilidade intelectual, não só porque a atividade demanda habilidade, mas também porque me obriga, a saber, quais tipos de atividades serão gratificantes para mim desta maneira. Esse conhecimento combinará um alto grau de autoconhecimento com um amplo conhecimento da natureza humana e das relações sociais (VAN HOOFT, 2013, p. 102).

Se por um lado a divisão apresentada por Aristóteles em que as virtudes intelectuais constituem o resultado de aprendizagem (o bom exercício das nossas funções racionais) e as virtudes de caráter (frequentemente traduzidas erroneamente como ‘as virtudes morais’) que se estabelecem no resultado do treinamento do hábito. Por outro lado, é preciso considerar os propósitos construídos em cada modo próprio de ser (VAN HOOFT, 2013).

(...) A ética da virtude pode ser vista como pertencendo não ao discurso da moralidade, mas ao discurso da realização pessoal e da vida social honorável. Ele diz respeito a como devemos viver no contexto das nossas comunidades e das nossas tradições. Os ideais de excelência e de realização humana de acordo com os quais buscamos viver são uma combinação, por um lado, do esforço existencial na autoafirmação, e, por outro, de um desejo de viver em harmonia com os outros em sociedades justas. É sobre a base desta inclinação complexa à autorrealização e à preocupação com os outros e com a justiça que a noção de virtude se desenvolve. A virtude é um traço de caráter que nos permite realizar as nossas melhores aspirações, e fazê-lo respondendo, da forma mais adequada que nos esteja disponível, aos valores e necessidades presentes em qualquer situação prática em que possamos nos encontrar. Especificamente, em situações nas quais decisões têm que ser tomadas quanto à interrupção da vida humana, uma virtude que será crucial é aquela da “reverência pela vida” (VAN HOOFT, 2013, p. 225, grifo do autor).

Ora, se temos a existência humana interligada na afecção do real, na alteridade de realidade e na força de imposição da realidade, uma pessoa virtuosa buscará sempre praticar ações de forma cautelosa, respeitosa e com reverência ao simples

fato da existência como ser vivo. Assim, a responsabilidade pelo outro adquire forma e para Van Hooft (2013, p.228) a “ideia de que a vida é sagrada pode ser interpretado não como um mandamento ou proibição absoluta, mas como um reconhecimento de que a vida é um objeto passível de reverência”. Mais adiante, retornaremos a esse fundamento que compõe o desenvolvimento desta pesquisa documental através de uma hermenêutica dialética.

Em relação às ações do agente é preciso compreender que são vistas como expressões do caráter, ou seja, não é o principal objeto de atenção. Dessa forma, é plausível afirmar que o interesse maior está na condição moral do agente e não em pontuar se uma determinada ação está incorreta ou correta. Em outros termos, o caráter do agente e as virtudes que constituem esse caráter são o aspecto a ser abarcado.

Por sua vez, não se deixa de ponderar que há um juízo acerca das ações e sim que, ao mesmo tempo, existe uma referência ao estado interno do agente, sendo que o uso de termos “*aretaicos*” – provenientes do grego e significam “força” ou “excelência” – como virtuoso, bom, admirável, e, mais especificamente, honesto, corajoso ou modesto elucidam esse processo (VAN HOOFT, 2013). Possivelmente, um questionamento se configura: os deveres são considerados a partir do ponto de vista do agente? Se a resposta for assertiva, poderia o próprio agente se permitir a julgá-la?

Na tentativa de responder, pontuamos que os valores se referem aos seres humano, bem como a decisão de agir – especialmente em situações moralmente difíceis – é sempre um compromisso assumido com responsabilidade diante do outro, que será afetado pelo processo decisório, e o agente. Vale dizer, que

Sempre há características na situação que são exclusivas dessa [de cada] situação. Cada indivíduo que pode ser afetado pela sua decisão [agente] é uma pessoa singular, enredada em um conjunto singular de relacionamentos com os outros e com você [agente]. Por conseguinte, a sua decisão de agir vai além do que poderia ser dado em princípios gerais ou normas. Tais princípios ou normas são sempre articulados com um grau de abstração. Eles precisam estar em ordem para serem amplamente aplicáveis. Mas a sua situação é específica quanto rica em detalhe. Portanto, você não pode apenas deduzir o que deve fazer a partir de um princípio geral. Você tem que levar as **particularidades**

da situação em consideração. Você tem que levar as **necessidades e os antecedentes de cada indivíduo afetado em consideração.** Segue-se que um **princípio geral ou norma é apenas um guia geral ou uma regra** que se infere da prática. Ele não vai ditar-lhe o que você deve fazer em qualquer detalhe. Você tem que formar o seu próprio julgamento, e, esse julgamento vai além daquilo que o princípio apenas lhe diz. Por conseguinte, a decisão a tomar não será inteiramente ditada pela norma; ela também será expressiva do seu julgamento, da sua experiência, do seu caráter e da sua virtude. (...). Você se coloca na berlinda. Você firma um compromisso. Você assume uma responsabilidade (VAN HOOFT, 2013, p.37, grifo nosso).

Dessa forma, não é possível atribuir a responsabilidade de nossos atos a um determinado princípio, norma ou regra; haja vista que elas possuem a função de guia para orientar os seres humanos no processo de vida individual e em comunidade. Assim, o avanço do conhecimento em filosofia moral permanece interligado com o delineamento dos valores e seus suportes na estrutura humana, que são explicados e articulados na coerência de razões desenvolvidas para justificar as suas escolhas. Através de uma riqueza interminável, contribuições advêm para a abrangência de sistemas morais que se completam no respeito ao desenvolvimento da personalidade em que, por exemplo, os adeptos da ética da virtude percorrem as disposições no agir em forma deliberada, inclusive, pendem a um processo de tomada de decisão racional; ao passo que os utilitaristas se movimentam em uma obrigação imparcial de buscar a maior felicidade para o maior número de indivíduos com regras envolvendo traços de caráter; enquanto, na “teoria da moralidade de Kant, a razão do homem lhe dá a lei moral, à qual ele então obedece” (VAN HOOFT, 2013, p.29).

Eis aqui uma ética que também possui a sua importância na construção dos sistemas morais e, necessariamente, precisa ser abordada na sua linha de conhecimento em princípios e leis morais universais. Para alguns autores, existem duas características que se destacam para o delineamento ético em questão.

(...) Primeiro que o processo decisório é um processo dedutivo racional, não afetado pela emoção ou pelos interesses do próprio agente, e, segundo, que as decisões são derivadas de princípios gerais para os quais uma fundamentação racional pode ser oferecida, se não pelo próprio agente, então, certamente, pelos teóricos da moral em geral (VAN HOOFT, 2013, p.30).

Dito isso, é possível ratificar que a formação das concepções morais existentes nas mais diversas sociedades possui uma complexa rede de realidades em que se distingue a realidade de uma pessoa, a realidade de um objeto material, a realidade de uma vida íntima, bem como a realidade de uma sociedade e a realidade da moral em vigor, entre outros. Assim sendo – com a preocupação e interesse em desvelar os aspectos fundamentais utilizados na ética do dever para explicar e justificar o processo de decisão em situações difíceis, bem como os juízos morais proferidos a respeito de outros indivíduos – se estabelece, nas próximas linhas textuais, uma abordagem relacionada à razão prática e os limites do dever através da ética deontológica kantiana para exemplificar as ações realizadas por dever das ações realizadas em conformidade ao dever e, então, distinguir ações com valor de caráter, bem como valor moral.

5.2.2.3. A Ética Deontológica Kantiana

A própria terminologia – ética deontológica kantiana – pressupõe uma ética baseada em normas ou regras de obrigação que vinculam o agente a um dever de segui-las; sustentando, também, inúmeras diferenças entre o utilitarismo – em que as consequências da ação com o seu princípio são colocadas em prioridade –, bem como na ética da virtude que perseveram o delineamento de traços de caráter no desenvolvimento da ação com o agente.

Apesar das distintas correntes éticas até aqui mencionadas, se assevera que os específicos aspectos citados, não de forma aleatória e sim esquematizados, são primordiais para conhecer conceitos, noções de formas de vivência e experiência de vida que contribuem para o debate em andamento a respeito do tema e objeto de pesquisa proposto. Desta maneira, a noção de liberdade e sua relação com a vontade, à distinção entre valor moral e valor jurídico, bem como a divisão dos deveres categóricos e hipotéticos somados ao desenvolvimento das considerações realizadas na autonomia da vontade e sua relação com o direito por Immanuel Kant (1724-1804), necessariamente, abarcam etapas, ou melhor, espaços de conhecimento crítico e filosófico interligado com a razão prática e, por vezes, especulativa que contribuem

para a fundamentação de problemas éticos em uma moralidade direcionada as possíveis soluções razoáveis nas situações difíceis.

Rachels e Rachels (2014, p.73) ao se referirem a Immanuel Kant (1724-1804) expõem a riqueza de elementos que compõe o desenvolvimento de suas ideias e buscam elucidar as regras morais consideradas absolutas e seu imperativo categórico em determinadas situações; tais como, na defesa de que mentir é errado sob todas as circunstâncias no uso da razão. Para tanto, as diferenças entre imperativo categórico e imperativo hipotético delineiam a teoria kantiana ao explicitar que “a moralidade poderia ser resumida em um princípio último, o imperativo categórico. De acordo com o imperativo categórico, agir moralmente é agir por motivos com os quais todos, em qualquer lugar, poderiam viver de acordo”.

Nesta perspectiva, Kant observou que a palavra *dever* frequentemente foi usada de forma não moral, por exemplo, ‘se você quiser ir para a faculdade, você *deve* fazer o vestibular’. Muitas de nossas condutas são governadas por tais ‘deveres’. O modelo é: se queres atingir ‘x’ deves ‘y’. Vale dizer que seguir o plano indicado nos ajudará a conseguir o que desejamos. Kant descreveu esses deveres de ‘imperativos hipotéticos’ porque eles nos dizem o que fazer *desde* que tenhamos um desejo relevante. Todavia, existe a possibilidade de escapar desse imperativo ao deixar de lado o nosso desejo, pois se você decidir não querer ir para a faculdade não deverá fazer o vestibular. Ao contrário, as obrigações morais não dependem de desejos particulares. Os requerimentos morais são *categóricos* em que você deve fazer tal e tal coisa *não interessando quais* sejam os seus desejos. Rachels e Rachels (2013, p. 138, grifos dos autores) destacam a partir de Kant que “como ‘deveres’ hipotéticos são possíveis porque temos *desejos*, ‘deveres’ categóricos são possíveis porque temos *razão*. Os deveres categóricos são derivados de um princípio que toda pessoa racional tem que aceitar: o Imperativo Categórico”.

Com efeito, Kant (2007, p. 59, grifos do autor) esclarece que “o imperativo categórico é, portanto só um único, que é este: *Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal*”. Assim, somente o imperativo categórico tem o caráter de uma lei prática, enquanto que os imperativos hipotéticos constituem, em verdade, *princípios* da vontade, mas não leis; pois, podemos a todo o tempo libertar-nos da prescrição renunciando à intenção, ao passo

que o mandamento incondicional não deixa à vontade a liberdade de escolha relativamente ao contrário do que ordena; só o imperativo categórico tem em si aquela necessidade que exigimos na lei (KANT, 2007).

Em outros termos, ao constatar a razão prática em um desdobramento na vontade e interligada a ideia de liberdade por fundamento – sendo legisladora de si e com específico motivo (móvil) na qual a legislação é obedecida – é possível presumir que há distinção entre o motivo absoluto do dever pelo dever no caso da legislação moral – que não pode ser senão interna – e um motivo empírico no caso da legislação jurídica (que é, portanto, externa).

A existência desse imperativo moral tem como corolário a realidade das condições que tornam factível a moralidade assim definida. Tais condições são os chamados postulados da razão prática, quais sejam: a liberdade, a imortalidade da alma, Deus. O imperativo categórico não teria sentido se o homem não fosse livre em seu agir. Com efeito, a comunicação entre a razão teórica e a prática efetiva-se através da lei da liberdade, consubstanciada na obrigação moral (LEITE, 2015, p.33).

Ao passo que se estabelecem as leis morais, *i.e.*, os imperativos hipotéticos e o imperativo categórico, Kant (2007, p.27-31, grifos do autor) vai definir as ações realizadas **por dever** das ações realizadas em conformidade **ao dever**, para então distinguir ações com valor de carácter, bem como valor moral. Agir conforme ao dever é agir condicionado, ou seja, por um imperativo hipotético; é um agir interessado de acordo com as consequências ou finalidades. Em outros termos, a ação desempenhada **conforme ao dever**, para Kant, não tem valor moral. Mesmo que minha ação seja intrinsecamente boa, mas se ela foi motivada por uma vontade de alcançar outro fim que é de interesse próprio, como no caso de estudar para passar no vestibular.

Por outro lado, agir **por dever** é fazer do cumprimento do dever a única razão de ser da minha ação. Quando faço do cumprimento do dever um fim em si mesmo, uma ação desinteressada, que não se apoia em mais nenhuma outra, *i.e.*, não há segundas intenções, estou agindo **por dever**. Noutros termos, estou agindo de acordo com o imperativo categórico ou lei prática que é o *princípio moral supremo* da moral kantiana. Esta lei moral exige um respeito absoluto pelo dever que por sua vez é o

único motivo em que minha ação se baseia; a ação tem um fim em si mesmo, e, portanto, tem valor moral.

O valor moral da ação não reside, portanto, no efeito que dela se espera; também não reside em qualquer princípio da ação que precise impedir o seu móbil a este efeito esperado. Pois todos estes efeitos (a amenidade da nossa situação, e mesmo o fomento da felicidade alheia) podiam também ser alcançados por outras causas, e não se precisava, portanto, para tal, **da vontade** de um ser racional, na qual vontade – e só nela – se pode encontrar o bem supremo e incondicionado (KANT, 2007, p.32, grifo nosso).

Em suma, o Imperativo Categórico é uma obrigação absoluta e incondicional; é o que define o agir ‘por dever’ e dá valor moral à ação. Agir por dever é cumprir o dever pelo dever. Kant (2007, p. 21, grifo do autor) se utiliza da concepção em que “neste mundo, e até também fora dele, nada é possível pensar que possa ser considerado como bom sem limitação a não ser uma só coisa: uma **boa vontade**”. No entanto, é exatamente a razão, como faculdade prática, que deve exercer influência sobre a *vontade*, ou seja, ela deverá produzir uma *vontade*, não só *boa* como *meio* para outra intenção (nos imperativos hipotéticos), mas uma *vontade boa em si mesma* (no imperativo categórico).

A propósito, Leite (2015, p. 38) destaca que na obra – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* – escrita por Kant, sobrevém à implícita distinção da legalidade de uma ação e sua moralidade, isto é, “a diferença entre a conduta determinada por uma inclinação empírica e aquela comandada pela vontade perfeitamente boa, cujo valor é absoluto e puro”. Todavia, ainda não se trata da diferença que Kant faz entre legalidade e moralidade, pois é na obra – *Metafísica dos Costumes* – que o autor “distingue em toda legislação uma representação objetiva da ação a ser realizada e um princípio subjetivo de determinação do arbítrio à ação” (LEITE, 2015, p. 38-39).

Efetivamente, Kant busca esclarecer o que diferencia a legalidade da moralidade em sua obra, especificando que a “legalidade é a simples conformidade ou não conformidade de uma ação com a lei, sem tomar em consideração seus motivos. Porém, tal conformidade, na qual **a ideia do dever derivada** da lei é ao mesmo tempo o móbil da ação, é a moralidade” (LEITE, 2015, p. 38, grifo nosso).

Dito isso, na tentativa de delinear as colocações expostas, retornarmos à menção realizada, anteriormente, destacando os deveres decorrentes da legislação jurídica e legislação moral a partir de um exemplo: uma promessa realizada e pactuada entre indivíduos. Ao refletirmos sobre a ação (uma promessa) se identifica, exponencialmente, que cumprir o prometido em um contrato compõe um dever jurídico, já que podemos ser obrigados por uma coerção externa a efetivá-lo (heterônimo) e, portanto, para essa legislação **a ideia deste dever**, não exige o fundamento interno do princípio determinante no arbítrio do agente, pois ao buscar os móveis apropriados a uma lei, nesse caso específico, é preciso trazer os externos e não interno. Dessa maneira, a legislação que se estabelece não pertence à moral, mas ao direito (LEITE, 2015, p. 39, grifo nosso).

Em contrapartida, o próprio autor (2015, p. 40) afirma que ao cumprir a promessa, “ainda quando não haja coação a temer, é uma ação honrada (uma prova de virtude) e, portanto, moral. Pois a moral exige que eu cumpra a promessa feita em um contrato, ainda que a outra parte contratante não possa a isso obrigar-me”.

Ao passo que se compreende a distinção dos deveres jurídicos e deveres morais se sobressaem, em ambos os casos, que “o dever não se define pelo seu conteúdo, mas pela sua forma (...). O dever, diz a *doutrina do direito*, é uma ação à qual alguém está obrigado. Assim, o dever é a *matéria* da obrigação” em que se pode estar obrigado ao dever de diversos modos devido às duas legislações da razão prática (LEITE, 2015, p. 39).

Assim sendo, a obrigação moral de manter a promessa corresponde a um comando de agir que promana [deriva] de uma pura legislação interior. A obrigação moral obriga *in foro interno*. A lei do dever moral é aquela que dou a mim mesmo. Inversamente, a obrigação jurídica de manter a promessa feita em um contrato é um dever exterior. Além disso, mesmo quando a legislação jurídica está conforme a minha consciência, ela obriga *in foro externo*, pois, à diferença do imperativo moral, ela não integra o motivo de agir à lei (LEITE, 2015, p. 39, grifos do autor).

Certamente, com o desdobramento da terminologia – a ideia do dever – se verifica a necessidade de abordar as noções de livre arbítrio e liberdade que conformam na autonomia da vontade. Inclusive, Kant (2007) oferece vários exemplos

nesse sentido, mas o faz a partir de formulações secundárias do Imperativo Categórico, a fim de torná-lo mais compreensível. Assim, ele transforma o imperativo categórico numa regra para criar outras máximas (imperativos do dever), que podem mais facilmente ser transformadas em leis práticas. É o que ele afirma:

Ora se deste único imperativo [categórico] se podem derivar, como do seu princípio, todos os imperativos do dever, (...) nós poderemos pelo menos indicar o que entendemos pelo conceito de dever e o que é que ele significa. Uma vez que a universalidade da lei, segundo a qual certos efeitos se produzem, constitui o que propriamente é chamado de *natureza* no sentido mais geral (quanto à forma), isto é, a realidade das coisas na medida em que é determinada por leis universais. [Por analogia], o imperativo universal do dever pode se expresso como segue: *Age como se a máxima da tua ação se devesse tornar, pela tua vontade, em lei universal da natureza* (KANT, 2007, p. 59, grifos do autor).

Essa é a primeira fórmula derivada da fórmula geral do imperativo categórico, a partir da qual Kant (2007, p. 35) enumera alguns dos muitos deveres reais ou que sustentamos que são reais e que derivam do princípio que é o cânone da avaliação moral de nossas ações em geral: “nós temos de poder querer que a máxima de nossa ação se torne uma lei universal”. Entretanto, para saber se uma máxima pode ser universalizada, primeiro, é necessário compreender se ela está de acordo com a lei universal da natureza.

Em seus inúmeros acontecimentos (fatos) descritos para esclarecer a concepção de deveres, Kant destaca aspectos essenciais ao delineamento da moral mediante a construção das possíveis leis universais como se exemplifica a seguir.

Um homem que é reduzido ao desespero por uma série de males sente aborrecimento com a vida, mas está ainda em posse de sua razão o suficiente para perguntar se não seria contrário ao seu dever para consigo tirar sua vida. Agora, ele pergunta se a máxima de sua ação poderia se tornar uma lei universal da natureza. A sua máxima, contudo, é: por amor a mim mesmo, eu tomo como princípio encurtar a minha vida quando por uma duração longa ela me ameaça com mais males do que satisfação. No entanto, é questionável se esse princípio do amor a si poderia se tornar lei universal da natureza. Vê-se imediatamente a contradição em um sistema natural cuja lei fosse destruir a vida pelo sentimento cujo ofício principal seria impelir para a

promoção da vida. Nesse caso, ela não existiria como natureza. Então, a mencionada máxima não pode pretender ser uma lei da natureza, de tal forma que ela contradiz totalmente o princípio supremo de todo o dever (KANT, 2007, p. 60).

Como se observa, neste dever enumerado por Kant, quando alguém está levando uma vida miserável com mais sofrimento do que satisfação ou realização e se posiciona, optando pelo suicídio como solução razoável para finalizar o sofrimento vivenciado, percorre uma trajetória em que existe a possibilidade da transgressão do específico dever mediante uma inclinação pessoal. Para o autor, no momento em que o indivíduo se fizer a perguntar do moralmente correto – optar pelo suicídio – constataria a impossibilidade dessa máxima em se tornar uma lei universal da natureza devido à contradição apresentada e que, para Kant (2007, p. 62), “conflita com o dever estrito e rigoroso”.

Convém ainda lembrar que ao aceitar a máxima da ação da pessoa em sofrimento – tirar a própria vida – como lei universal da natureza, ocasiona a admissibilidade da própria natureza destruída; pois, é específico dela que haja luta diante das dificuldades e se promova a vida na natureza.

Não obstante, é importante ressaltar que somente após avaliarmos se é possível ou não, que a nossa máxima se torne lei da natureza, é que podemos formular uma lei moral, isto é, uma lei prática, de acordo com o imperativo categórico, no qual Marcondes (2000, p. 87) observa como o “princípio que determina que a ação moral seja aquela que pode ser universalizada”.

Por conseguinte, ao formular a lei prática, após ter submetido à máxima na fórmula da natureza, retornaríamos ao imperativo categórico. Em Rachels e Rachels (2013, p. 139) teremos uma explanação de como fazer essa aplicação.

Quando você está pensando em fazer alguma coisa, pergunte que regra você seguiria se você realmente fizesse aquilo. Essa regra será a “máxima” do seu ato. Então pergunte se você está querendo que a sua máxima se torne uma lei universal. Em outras palavras, você permitiria que a sua regra fosse seguida por todas as pessoas durante todos os tempos? Se sim, então a sua máxima é acertada e a sua ação é aceitável. Mas, se não, então a sua ação é proibida.

Visto que, no exemplo mencionado por Immanuel Kant, a máxima vai contra a lei da natureza e, por sua vez, a ação de tirar a própria vida é proibida. Dela se conclui que o suicídio não é moralmente admissível seguindo a ética kantiana. Da mesma forma, por analogia, não seria permitido à eutanásia ou suicídio assistido; pois, contradiz a natureza que determina a autopreservação da vida.

Além do imperativo da natureza, Kant deriva ainda, do imperativo categórico, outros imperativos do dever, pelos quais devemos submeter nossas máximas ou regras subjetivas de ação (como no caso, se podemos tirar nossa vida diante de dificuldades) para formular leis práticas de acordo com o imperativo categórico, tais como o imperativo da humanidade e o imperativo da autonomia.

Como descrito por Kant (2007, p. 69) – o imperativo da humanidade propõe – “age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”. Com o propósito de verificar a possibilidade do cumprimento desse imperativo do dever mediante o imperativo categórico, o autor, retoma o exemplo do suicídio.

Segundo o conceito do dever necessário para consigo mesmo, o homem que anda pensando em suicidar-se perguntará a si mesmo se a sua ação pode estar de acordo com a ideia da humanidade *como fim em si mesma*. Se, para escapar a uma situação penosa, se destrói a si mesmo, serve-se ele de uma pessoa como de um *simples meio* (...). Mas o homem não é uma coisa; não é, portanto, um objeto que possa ser utilizado *simplesmente* como um meio, mas pelo contrário deve ser considerado sempre em todas as suas ações como fim em si mesmo. Portanto não posso dispor do homem na minha pessoa para mutilá-lo, degradá-lo ou matá-lo (KANT, 2007, p. 69-70, grifos do autor).

Também de acordo com este princípio, não seria moralmente permissível tirar a própria vida haja vista que a pessoa – no caso, ele próprio – não estaria utilizando o ser humano como fim em si mesmo; mas, sim, como coisa para satisfazer seu interesse pessoal, desrespeitando além da natureza, o princípio da humanidade.

A propósito, na opinião de Leite (2015, p. 47) é relevante esclarecer que o uso do termo ‘moral’ possui uma distinção importante em seu sentido devido às leis da natureza e as da liberdade, sendo estas últimas denominadas leis morais.

Kant explicita que tais leis (morais) quando afetam as ações meramente externas e à sua conformidade com a lei chamam-se jurídicas; porém, se exigem também que estas mesmas (leis) devam ser os fundamentos de determinação das ações, elas são éticas e diz-se, portanto: a coincidência com as primeiras é a legalidade; a coincidência com as segundas é a moralidade da ação.

Por sua vez, entre as leis da natureza e as da liberdade, ou seja, entre as leis jurídicas e morais em que se pondera a moralidade das ações é necessário acrescentar que do princípio (humanidade) se emana também para o princípio da autonomia da vontade, do homem como autoleislador universal, para que não haja a possibilidade do homem ser utilizado apenas como mero meio.

Via-se o homem ligado a leis pelo seu dever, mas não vinha à ideia de ninguém que ele estava sujeito **só à sua própria legislação**, embora esta legislação seja **universal**, e que ele estava somente obrigado a agir conforme a sua própria vontade, mas que, segundo o fim natural, essa vontade era legisladora universal. Porque, se nos limitávamos a conceber o homem como submetido a uma lei (qualquer que ela fosse) esta lei devia ter em si qualquer interesse que o estimulasse ou o constrangesse, uma vez que, como lei, ela não emanava da **sua** vontade, mas sim que a vontade era legalmente obrigada por **qualquer outra coisa** a agir de certa maneira. Em virtude desta consequência inevitável, porém, todo o trabalho para encontrar um princípio supremo do dever era irremediavelmente perdido; pois o que se obtinha não era nunca o dever, mas sim a necessidade da ação partindo de um determinado interesse, interesse esse que ora podia ser próprio ora alheio. Chamarei, pois, a este princípio, princípio da **Autonomia** da vontade, por oposição a qualquer outro que por isso atribuo à **Heteronomia** (Kant, 2007, p. 75, grifos do autor).

Se por um lado, o sujeito de todos os fins é – conforme o princípio da humanidade – todo o ser racional como fim em si mesmo, o que resulta no princípio prático da vontade como condição suprema da concordância desta vontade com a razão prática universal. Por outro lado, a ideia da vontade de todo ser racional, implicada em uma variedade de móveis e acolhida como vontade legisladora universal, nem sempre está plenamente direcionada à razão, ocasionando a objetividade de ações consideradas indispensáveis mediante as obrigações.

Tudo na natureza age segundo leis. Só um ser racional tem a capacidade de agir **segundo a representação** das leis, isto é, segundo princípios, ou: só ele tem uma **vontade**. Como para derivar as ações das leis é necessária a **razão**, a vontade não é outra coisa senão razão prática. Se a razão determina infalivelmente à vontade, as ações de tal ser, que são conhecidas como objetivamente necessárias, são também subjetivamente necessárias, isto é, a vontade é a faculdade de escolher só aquilo que a razão, independentemente da inclinação, reconhece como praticamente necessário, quer dizer como bom. Mas se a razão só por si não determina suficientemente à vontade, se esta está ainda sujeita a condições subjetivas (a certos móveis) que não coincidem sempre com as objetivas; numa palavra, se a vontade não é em si plenamente conforme a razão (como acontece realmente entre os homens), então as ações, que objetivamente são reconhecidas como necessárias, são subjetivamente contingentes, e a determinação de tal vontade, conforme a leis objetivas, é obrigação (*Nötigung*); quer dizer, a relação das leis objetivas para uma vontade não absolutamente boa representa-se como a determinação da vontade de um ser racional por princípios da razão, sim, princípios esses, porém, a que esta vontade, pela sua natureza, não obedece necessariamente (KANT, 2007, p. 47, grifos do autor).

Visto que a vontade racional é livre para seguir suas próprias leis, ao mesmo tempo em que é legisladora universal de acordo com o imperativo categórico, ou seja, a sua lei consiste em uma lei universal, aceita por todos é possível constatar em Leite (2015, p. 42) o arbítrio interligado a vontade e determinado pela razão.

Dessa forma, a vontade é a faculdade de desejar, considerada não em relação à ação – como o arbítrio (*Willkür*) –, mas em relação ao fundamento de determinação do arbítrio à ação. Sendo assim, **não tendo à vontade qualquer fundamento de determinação, mas, inversamente determinando o arbítrio, é a própria razão prática**. Na medida em que a **razão pode determinar a faculdade de desejar, o arbítrio está jungido à vontade**. E Kant chama de **livre-arbítrio (*freie Willkür*) ao arbítrio que pode ser determinado pela razão pura, opondo-o àquele determinável pela inclinação (*arbitrium brutum*)**.

Em síntese, o livre arbítrio – capacidade de escolha – é determinado pela razão prática, ajustando as máximas a uma lei universal e contribuindo para a essencial diferenciação entre animais e seres racionais, vale dizer, que há uma distinção entre a capacidade humana de determinar-se por si (autonomização), independente das

coerções impostas mediante os sentidos; pois, os considerados – motivos sensíveis – apesar de afetá-los não o definem. Por conseguinte, se destaca que, *a priori*, o ser humano é dotado de razão e, portanto, pode se considerar e reconhecer nas leis sob dois pontos de vistas, um caminhando para a heteronímia (sob as leis naturais – arbítrio) e o outro para a autonomia (livre arbítrio).

Como ser racional e, portanto, pertencente ao mundo inteligível, o homem não pode pensar nunca a causalidade da sua própria vontade senão sob a ideia da liberdade, pois que **independência das causas determinantes do mundo sensível (independência que a razão tem sempre de atribuir-se) é liberdade**. Ora à ideia da liberdade está inseparavelmente ligado o conceito de autonomia, e a este o princípio universal da moralidade, o qual na ideia está na base de todas as ações de seres racionais como a lei natural está na base de todos os fenômenos (Kant, 2007, p. 102, grifo nosso).

Para Leite (2015, p. 43, grifo nosso) se acentua o seguinte esclarecimento:

Há de fato que se considerar que o homem aparece como fenômeno na natureza e, como tal, sujeito à lei de causalidade natural. Por outro lado, é *númeno*⁶³ – do ponto de vista prático –, vale dizer, um ente inteligível **capaz de produzir sua própria causa, sem qualquer constrangimento exterior que não seja sua própria vontade**. Esta autossuficiência implica sua liberdade. E é essa liberdade que vai engendrar um mundo distinto do natural – o mundo moral.

Se por um lado, a liberdade está reconhecida na realidade dos seres humanos, sendo manifestada pela lei moral. Por outro lado, se conhece “a priori sua possibilidade porque ela é a condição da lei moral que se revela no respeito e na obediência” (LEITE, 2015, p. 43).

Não obstante, para Kant (2007, p. 79, grifos nosso) a própria legislação,

(...) Que determina todo o valor, tem que ter exatamente por isso uma dignidade, quer dizer **um valor incondicional, incomparável, cuja avaliação, que qualquer ser racional sobre ele faça, só a palavra**

⁶³ Termo que foi introduzido por Kant para indicar o objeto de conhecimento intelectual puro, que é “a coisa *em si*. Na dissertação de 1770, Kant diz: ‘o objeto da sensibilidade é o sensível; o que nada contém que não possa ser conhecido pela inteligência é o inteligível. O primeiro era chamado de fenômeno pelas escolas dos antigos; o segundo de N.’(...)” (ABBAGNANO, 2012, p. 838).

respeito pode exprimir convenientemente. Autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.

Neste ponto, adentramos a concepção de dignidade de um ser racional que, por sua vez, não obedece à outra lei senão àquela que ele mesmo simultaneamente se coloca, tendo em vista a relação destes seres uns com os outros como fins e meios. Em algum momento, Kant o caracteriza como o reino dos fins no campo ideal para explicitar o seu conteúdo.

No reino dos fins em que tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como *equivalente*; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade. O que se relaciona com as inclinações e necessidades gerais do homem tem um *preço venal*; aquilo que, mesmo sem pressupor uma necessidade, é conforme a certo gosto, isto é, há uma satisfação no jogo livre e sem finalidade das nossas faculdades anímicas, tem um *preço de afeição ou de sentimento (Affektionspreis)*; aquilo, porém, que constitui a condição só graças à qual qualquer coisa pode ser um fim em si mesmo, não tem somente um valor relativo, isto é um preço, mas um valor íntimo, isto é *dignidade*. Ora a moralidade é a única condição que pode fazer de um ser racional um fim em si mesmo, pois só por ela lhe é possível ser membro legislador no reino dos fins. Portanto **a moralidade, e a humanidade enquanto capaz de moralidade são as únicas coisas que têm dignidade** (KANT, 2007, p.77, grifos do autor).

A partir dessa constatação é possível mencionar que o desenvolvimento técnico em uma determinada profissão, por exemplo, tem um preço venal; enquanto a alegria e agitação experimentada compõe um preço de sentimento; “a lealdade nas promessas, o bem-querer fundado em princípios (e não no instinto) têm um valor íntimo (...). Esta apreciação dá, pois, a conhecer como dignidade o valor de tal disposição de espírito e põe-na infinitamente acima de todo o preço” (KANT, 2007, p. 78).

Ao considerar o princípio da autonomia de Kant (2007, p. 76) “age de tal maneira que a vontade pela sua máxima se possa considerar a si mesma ao mesmo tempo como legisladora universal” e, conseqüentemente, rejeitando todas as máximas que não se sustentam, juntamente, com a própria legislação universal da vontade se

explicita que o respeito à referida legislação é o fundamento da dignidade em que o respeito à autonomia da vontade precisa ser preservado e, assim, a boa vontade se constitui na condição indispensável do próprio fato de sermos dignos da felicidade.

Por sua vez, Kant (2007, p. 54-55) adverte que, “infelizmente, o conceito de felicidade é tão indeterminado que, se bem que todo o homem a deseje alcançar, ele nunca pode dizer ao certo e de acordo consigo mesmo o que é que propriamente deseja e quer”. Para o autor a causa está nos elementos que compõe o conceito de felicidade, consistindo em sua totalidade como empíricos, ou seja, retirados da experiência. Em síntese, “para a ideia de felicidade é necessário um todo absoluto, um máximo de bem-estar, no meu estado presente e em todo o futuro. Ora é impossível que um ser, mesmo o mais perspicaz e simultaneamente o mais poderoso, mas finito, possa fazer [a] ideia exata (...)”.

Neste contexto, se explicita outro ensinamento entre imperativo hipotético – representando a necessidade prática da ação como meio para fomentar a felicidade – e a escolha dos meios para atingir essa finalidade.

Há, no entanto, uma finalidade da qual se pode dizer que todos os seres racionais a perseguem realmente (enquanto lhes convêm imperativos, isto é, como seres dependentes), e, portanto, uma intenção que não só eles podem ter, mas se deve admitir que a tenham, na generalidade, devido a uma necessidade natural. Esta finalidade é a felicidade. (...). Não se deve propor somente como necessário para uma intenção incerta, simplesmente possível, mas para uma intenção que se pode admitir como certa e a priori para toda a gente, pois que pertence à sua essência. Ora a destreza na escolha dos meios para atingir o maior bem-estar próprio pode-se chamar prudência (*Klugheit*)⁶⁴ no sentido mais restrito da palavra. Portanto, o imperativo que se relaciona com a escolha dos meios para alcançar a própria felicidade, quer dizer o preceito de prudência, continua a ser hipotético; a ação não é ordenada de maneira absoluta, mas somente como meio para outra intenção (KANT, 2007, p. 51-52).

⁶⁴ Nota de Kant: A palavra prudência é tomada em sentido duplo: ou pode designar a prudência nas relações com o mundo, ou a prudência privada. A primeira é a destreza de uma pessoa no exercício de influência sobre outras para utilizá-las nas suas intenções. A segunda é a sagacidade em reunir todas estas intenções para alcançar uma vantagem pessoal durável. A última é propriamente aquele sobre que reverte mesmo o valor da primeira, e quem é prudente no primeiro sentido, mas não no segundo, se poderá antes dizer: é esperto e manhoso, mas em suma é imprudente.

Pode-se dizer que a escolha do meio está relacionada com a forma e o princípio que dela procede – neste caso, a prudência – permanecendo a própria moralidade como um imperativo categórico para a felicidade e os outros princípios perfazem os imperativos hipotéticos. Além disso, nas leis morais é preciso lembrar sempre a distinção entre as leis morais que afetam simplesmente as ações consideradas externas e, portanto, identificadas como jurídicas, em relação ao fato de as mesmas constituírem os fundamentos de determinação das ações para então serem consideradas éticas.

A distinção é significativa, porquanto, sendo as leis morais as leis da liberdade, temos que a liberdade a que se referem às leis jurídicas é a do exercício externo do arbítrio. Todavia, a liberdade a que se referem às leis éticas pode se dar tanto no exercício externo como no interno do arbítrio, na medida em que é determinado pelas leis da razão (LEITE, 2015, p. 48).

Certamente, Kant ao apresentar as suas concepções, ponderou de maneira explícita que os princípios derivados do imperativo categórico têm de convir a ele, ou seja, permitir que uma lei prática esteja de acordo com ele, pois se considera sempre que a “vontade jurídica é heterônoma, ou seja, não encontra em si mesma a sua lei, mas a recebe do exterior, ao passo que a vontade moral é autônoma, determinada por si mesma, enquanto o sujeito encontra em si mesmo a lei do dever que o impele a agir” (LEITE, 2015, p. 46).

Dessa forma, ao retomar o exemplo mencionado, anteriormente, – se seria possível tirar a própria vida diante de dificuldades – relacionando com a máxima, decorremos para a sua impossibilidade mediante as diferentes formulações de deveres em que: não é possível aceitar que ela se torne lei universal da natureza, ela não está de acordo com a exigência do princípio da humanidade como fim em si mesma e, por último, ela não poderia como vontade racional autolegisladora, se considerar ao mesmo tempo legisladora universal. A máxima não estaria de acordo com estes deveres. Portanto, submetida ao imperativo categórico, a lei a ser formulada seria “não deves cometer suicídio” ou “não deves tirar a própria vida”. Agindo de acordo com esta lei, podemos querer que ao mesmo tempo ela se tornasse lei universal.

Kant viu o problema dessa dualidade [mundo sensível e mundo inteligível] e a necessidade intelectual de uma conceituação unitária do conhecido. Para Kant, com efeito, intelecção é conhecimento. E Kant tentou restabelecer a unidade, mas numa linha sumamente precisa: a linha da objetualidade. O sensível e o inteligível são, para Kant, os dois elementos (a *posteriori* e a *priori*) de uma unidade primária: a unidade do objeto. Não há dois objetos conhecidos, um sensível e outro inteligível, mas um só objeto sensível-inteligível; é o fenômeno. O que está fora dessa unidade do objeto fenomênico é o ultrafísico, *númeno*. E isso que está além do fenômeno é precisamente por isso transcendente: é o metafísico. Portanto, a unidade kantiana do objeto é constituída em *inteligência sensível*: é a unidade intrínseca de ser objeto do conhecimento (ZUBIRI, 2011, p. 91, grifos do autor).

Em outros termos, o autor destaca que o objeto considerado primário é o sensível, onde o objeto é dado pelos sentidos à inteligência, sendo que o ato próprio dessa intelecção é conceber e julgar o que é dado a ela. Dessa forma, esta inteligência é “concepiente não porque conceitue e julgue, mas porque conceitua concipientemente, isto é, conceitua o que é dado pelos sentidos à inteligência” (ZUBIRI, 2011, p. 58). Logo, o real – para além da percepção – é uma realidade que, do ponto de vista kantiano, pertenceria ao fenômeno. Para Kant, fenômeno é simplesmente objeto.

Assim, Kant realiza as suas contribuições na ciência, explicando a separação nas suas formas, demonstrando a importância dos dados sensoriais. Ao detalhar o componente sensível e o componente conceitual que se sistematizam e organizam para uma investigação do fundamento de determinação do arbítrio à ação, aponta a natureza de coisas que estão além de toda a experiência possível e apresenta a complexidade de representação objetiva da ação a ser realizada e seus princípios no valor absoluto e puro da moralidade. Nesta perspectiva, o autor admite que os conceitos sejam conceitos de realidade, devem apoiar-se intrínseca e formalmente na realidade sentida. Os conceitos são imprescindíveis, mas o concebido nele só é real se o real já está dado como real, isto é, se a realidade é sentida. Só então o conceito adquire alcance de realidade, só então o conceito de dignidade pode dizer-me o que é dignidade.

Os conceitos, por si próprios, não passam de conceitos objetivos; nunca são por si próprios conceitos de realidade real e efetiva. Realidade não é o mesmo que objetividade; é algo abismalmente

diferente de toda e qualquer objetividade. Assim, a ciência seria pura e simplesmente um sistema coerente de conceitos objetivos, mas não uma apreensão de realidade (ZUBIRI, 2011, p. 129).

A propósito, de acordo com Vazquez (2000), a ética kantiana é uma ética formal e autônoma. Por ser o componente formal – que contém o a *prioris* da razão pura incondicional – postulando um dever categórico para todos os homens em que não deixa à vontade a liberdade de escolha ao contrário do que ordena. Por ser autônoma exige o princípio determinante no arbítrio; pois, o imperativo categórico não teria sentido se o homem não fosse livre em seu agir. Os traços de caráter de uma lei prática estão, oportunamente, no movimento de automação (direito) e autonomização; por conceber a conduta em autodeterminação e responsabilidade pertencente a um sujeito autônomo e livre, ativo e criador, Kant é o ponto de partida de uma filosofia e de uma ética na qual o homem se define antes de tudo como ser ativo, racional e com dignidade.

Por conseguinte, os tópicos abordados – de maneira sistematizada – se tornam a base de uma concepção importante para essa pesquisa que está interligado a complexidade do viver no espaço temporal da história e a racionalidade. Nos dias atuais, é possível constatar que “a razão não é completamente adequada à realidade e, portanto, há de ter um caráter dinâmico, cursivo, narrativo. A razão narrativa e histórica é mais importante que a razão apodíctica e absoluta”. Entre a razão, primeiramente, direcionada a conhecer de modo completamente adequado a essência das coisas para, em seguida, caminhar à razão objetiva com os deveres – deontológica –, se percorre a realidade da vida admitindo que “não há vida sem emoções, sem sentimentos, sem desejos, sem valores, sem crenças, por mais que todos esses elementos não sejam universais nem absolutos” (GRACIA, 2010, p. 233). Dito isso, o panorama do espaço moral na interligação com o outro – em seres racionais – expõe conexões diversas com a metaética e as normas de condutas determinantes na moralidade da ação, ampliando a descrição de traços de caráter na estrutura especificamente humana para articulações coerentes entre o sensível, o razoável e absoluto.

Ao se analisar a importância de uma apreensão sensível e a sua distinção no modo, segundo o qual, o conteúdo está presente, está autonomizado, quer dizer, é

independente do senciante, se compreende que as mesmas notas elementares podem constituir diferentes constelações sentidas para uma unidade de independência que, por fim, concerne a própria constelação e modula o próprio conteúdo. Neste aspecto, as condições determinantes se apresentam em totalidade diversamente delimitada nas situações contextualizadas: autodeterminação e responsabilidade.

Apresentamos a seguir, uma co-determinação que se dissemina na ética aplicada na forma de avanços e retrocessos baseados em sistemas morais, por vezes, frágeis e débeis e, muitas vezes, autoritários.

5.2.3. Ética aplicada

Ao assumirmos que existem distinções entre a axiologia e a ética em que o delineamento de um ato está permeado por inúmeras características que o condicionam e o determinam na sua própria realidade concreta se pressupõe que a construção de valores morais está interligada a outros valores que não são morais. Dessa forma, as éticas que, muitas vezes, apresentam um trajeto considerado linear com regras e critérios postos para a resolução de conflitos de valores, nos dias de hoje, acolhem a necessidade de um desdobramento nas circunstâncias e nas consequências previsíveis de um determinado acontecimento no cotidiano para com a sua construção histórica. Pois bem, ao se avançar nos conhecimentos teóricos e práticos relacionados aos problemas de valor e também dos seres humanos na composição de sua liberdade e vitalidade se transcendeu para a constituição de vida que não se sintetiza mais a um elemento biológico; porém, trouxe abordagens relacionados ao processo saúde e doença de cada pessoa a um patamar mais próximo de valor único e intransferível. No setor saúde, incoerências e modelos de assistências se introjetaram de maneira superficial para concepções fugazes e pouco alinhadas ao seu desenvolvimento intrínseco, confundindo a noção abrangente de valor moral de um ato com o valor moral da pessoa em organizações simplistas e esquematizações de sistemas pouco coerentes com os problemas de valor na estruturação e constituição de responsabilidades intransferíveis e problemas do ser na transferência de funções e responsabilidades para um agrupamento de valores

técnicos, ou melhor, instrumentais; destituindo a reciprocidade inequívoca entre seres humanos na resposta de uma força, potência e capacidade para uma habilidade.

Todavia, a ética aplicada é um campo de saber composto por várias disciplinas que refletem sobre a moral ou conduta humana em diversas áreas ou setores da realidade tais como a ética ambiental, a ética dos cuidados paliativos, a ética dos profissionais de saúde, a ética biomédica, a ética da responsabilidade, entre outros. No âmbito do processo de morrer e morte com a constituição de concepções pessoais, profissionais, políticas, jurídicas se pondera esmiuçar as noções e conceitos que se articulam diante de pessoas tão diversas e únicas na sua normatização em preceitos que o condicionam ou até mesmo os definem em valor.

Nesta perspectiva, a abordagem, a seguir, é resultado de uma sintética diferenciação de fundamentações construídas nas éticas normativas em que se discute o conceito de bioética – e a sua variante, predominante, da ética biomédica – e suas diferentes argumentações ou abordagens da (in)violabilidade da vida; seus conceitos e sua relação com a justiça social.

5.2.3.1. Bioética: saber, realidade e responsabilidade

A bioética, enquanto ética aplicada, está interligada com os tipos de realidades, isto é, com a análise do constructo em que a suficiência constitucional pode ser inferida em elementar (independência de uma só nota – cada nota tem determinada posição no conjunto que a compõe) ou sistemática (independência na unidade posicional do conjunto em notas) em que as delimitações convergem para os traços de caráter (ZUBIRI, 2011). De modo que os questionamentos provenientes do cotidiano em um mero ter em próprio, auto possuir-se e ser pessoa engloba o processo estrutural de apreensão impressiva de realidade que o descrevem no enfrentamento de situações rotineiras e/ou extremas. Todavia, ao passo que se busca um maior conhecimento teórico-prático, integrado e interligado a complexidade de uma vida, é admissível uma incessante e inesgotável análise dos elementos que a definem; pois, se verifica o fator biológico como um condicionante necessário para a existência, “porém sua mera presença não parece satisfazer a definição da vida, de modo que consideramos que a vida das pessoas é além da uma vida meramente

biológica, a vida é também biográfica e por isso é necessário refletir a respeito” (FEITO, 2016, p. 156-157). Neste contexto, o conceito de Kottow nos serve de ponto de partida para a discussão desse campo de saber prático, relativamente novo. Ele define a bioética “como a reflexão sobre os atos humanos realizados em liberdade e responsabilidade em função da sua contribuição à harmônica adaptação do ser humano ao seu entorno social e natural” (KOTTOW, 2011, p. 62).

A terminologia “bioética” foi usada pela primeira vez pelo teólogo alemão Fritz Jahar, em 1927. Posteriormente, foi popularizado pelo oncologista norte-americano Van R. Potter, na década de 1970, para o qual a bioética seria uma nova forma de sabedoria, necessária para a sobrevivência do homem, resultando numa *ética interdisciplinar* como uma ponte entre as ciências humanas e as ciências biológicas. Esse foi o marco inicial do surgimento da bioética como disciplina acadêmica e campo de conhecimento (DALL’AGNOL, 2012, grifo do autor) que se refere a uma intenção de pôr em comunicação dois tipos de conhecimento: o científico e o humanístico. Para a autora Feito (2016),

Precisamente porque a capacidade técnico-científica do ser humano é cada vez maior, e porque consideramos que os fins que a humanidade persegue têm de ser determinados conforme os valores é o motivo pelo qual a bioética se faz necessária. Assim, **seu objetivo é analisar e responder aos questionamentos éticos suscitados pelas ciências da vida.** (...) Se trata de pensar quais são os valores éticos que devemos salvaguardar, o que queremos conseguir e que meios vamos empregar. (...) Nas ciências da vida e da saúde, estas decisões afetam a questões tão importantes que não se pode prescindir dos valores que estão em jogo (FEITO, 2016, p. 156, grifos nosso).

Desde seu surgimento, o campo da bioética se ampliou muito, assim como se multiplicaram as abordagens e suas diversas fundamentações morais. De acordo com Giovanni Berlinguer,

O termo bioética se refere, frequentemente, aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas. (...) Hoje as ciências da vida estimulam uma reflexão teórica mais ampla e suscitam dilemas mais dilacerantes. Além de uma *bioética da vida cotidiana*, que se refere aos comportamentos e às ideias de cada pessoa, a multiplicação das profissões coligadas à pesquisa e ao uso de descobertas biomédicas ressalta uma *bioética deontológica*, um ou

mais códigos morais dos deveres profissionais; existe, além disso, tendência crescente a promulgar e interpretar, pelos Estados, normas reguladoras que tenham valor de lei: a *bioética legal* ou *bioius*; e, enfim, procura-se compreender princípios e valores que estão na base das reflexões e das ações humanas nestes campos: pode-se falar por isso de *bioética filosófica*. A riqueza e complexidades do tema estão na interseção destes quatro planos (BERLINGUER, 1993, p. 19-20, grifos do autor).

Com efeito, o autor define que as quatro vertentes bioéticas mencionadas, apesar de distintas, estão interligadas e, necessariamente, precisam ser consideradas nos processos de vida de cada ser humano, em qualquer ação relacionada a uma tomada de decisão moral. No entanto, consideramos fundamental apontar que não aprofundaremos os subdomínios da ética aplicada de maneira aleatória e sim direcionados ao tema de pesquisa, juntamente, com as linhas de pensamento bioético – selecionadas e consideradas apropriadas – para o debate, ou seja, antecipamos como a bioética cotidiana e a bioética da responsabilidade se articulam compondo o referencial teórico e contribuindo na discussão de um processo de morrer e morte pautado nas diferenças morais e não em modelos universais que, muitas vezes, se tornam tendenciosos a desejos particulares.

Ao considerar que nas diversas realidades se manifestam aspectos que perfazem o processo de viver e morrer de todo e qualquer ser humano se pondera – ainda que a riqueza de elementos é interminável – a própria construção de delimitações das regras morais em que compõe a sua dimensão da moral e seu sistema através de traços de caráter na autodeterminação e responsabilidade. O contínuo e incessante movimento na ação vital esclarece e contrapõe segmentos de valores que se reduzem ou aumentam a dependência de um ser humano em legalidade da própria ação para uma automação ou para uma moralidade, conforme Kant (2007) e Zubiri (2011). Ao se identificar nos questionamentos e dúvidas, os traços de caráter que compõe o cotidiano dos seres humanos – nesse dinamismo fundado uns nos outros – no processo de morrer e a morte se esmiúça a arbitrariedade na suficiência de um sistema moral.

Para os profissionais da área da saúde seria como refletir sobre as suas próprias condições determinantes (construídas) e que influem aos outros, transformando e reavaliando a constituição dos traços de dependências na saúde e

doença. É nesse sentido que Gracia (2010, p.100) afirma que “a bioética tem de auxiliar os profissionais de saúde a refletir sobre os fins de sua atividade. Eis uma das primeiras e mais urgentes tarefas que se deve abraçar”. Certamente, os profissionais de saúde, através de suas práticas, trazem efeitos diretos, positivos e/ou negativos na qualidade de vida e morte dos seres humanos acometidos por uma doença e seus familiares. Efeitos que dependem, entre outros fatores, não somente da base teórica e capacidade técnica para prestar assistência, mas, sobretudo dos seus sistemas morais, ou seja, se os profissionais refletem ou não, ou ainda qual o alcance de suas reflexões acerca de seus valores e crenças e o quanto isto interfere em suas decisões profissionais.

Dito isso, se considera a importância das observações realizadas por Max Scheler a respeito do inesgotável modo de apreender a realidade em um determinado espaço-temporal para a constituição de sua própria experiência vivida entre seres humanos com limites a serem ponderados.

Percebo um homem com todas as impressões sensíveis que me são acessíveis da parte dele e com todos os conteúdos da intuição e da representação – e busco conhecê-lo, além disso, com todas as chaves que podem ser construídas sobre essas experiências. **Por isso, caso ele não ofereça para mim por si mesmo livremente por meio do discurso, de uma manifestação de qualquer típico, por meio da escrita etc., será que eu tenho como conhecer o que ele pensa, julga, quem ele ama, odeia?** (...) O homem, uma vez que ele, além disso, não é uma pessoa perfeita, mas apenas uma pessoa imperfeita, isto é, uma vez que ele só é uma pessoa, cujos atos, sim, cuja autorrealização constante de sua existência em atos, estão ligados aos órgãos e aos processos vitais de um corpo, não consegue, com base na copertinência essencial de vitalidade e espiritualidade, corporeidade e pessoalidade em sua natureza, encobrir a sua mera existência como pessoa. (...). O homem só consegue, por isso, silenciar quanto àquilo que ele pensa, ama, julga, enquanto pessoa; ele não consegue esconder sua existência pessoal ela mesma. (SCHELER, 2015, p. 454, grifo nosso).

Os dois aspectos mencionados pelo autor, isto é, a autorrealização constante de sua existência em atos abrange a realidade enquanto incorpora os valores a serem considerados para o desenvolvimento das suas atividades profissionais com o outro, para o outro e entre os seres humanos envolvidos em cada situação.

Para isso é necessário que se perceba que a saúde e o bem-estar não são “dados” puros, científicos, separados dos valores, senão que, muito pelo contrário, os **conceitos de saúde e bem-estar estão carregados de valores**. Não restam dúvidas de que nossos avós não compreendiam por saúde o mesmo que nós, mesmo que isso fosse apenas porque possuíam um sistema de valores muito diverso do nosso. A saúde é um fenômeno axiológico e cultural (GRACIA, 2010, p. 87, grifos nossos).

O autor destaca que o movimento dinâmico de construção de valores no agir profissional está se constituindo, continuamente, em uma complexa rede de avanços e retrocessos históricos em que elementos se sobressaem para a conciliação de tendências e condicionantes ao seu desenvolvimento intelectual e sensível. De maneira que alguns traços de caráter que o transformam podem permanecer submersos ou despontar para uma reflexão aprimorada dia a dia nas convergências e divergências sociais apresentadas mediante a narrativa de processo de vida e morte que delineiam a própria concepção de dignidade na afecção das ideias de valores, ora estético, religioso e ético, por exemplo. Noutras palavras, Zubiri (2011) e Gracia (2011) elucidam que no movimento dinâmico de viver existe o caráter pessoal absoluto da realidade humana atualizado nos atos que o executa em um direcionamento de reflexão ou conformidade ao meio ambiente predominante. Assim, é possível esboçar traços históricos que se elevam ou se reduzem a um esquema entre pensar (discorrer), agir (passividade) e saúde (natureza). Inclusive, se averigua que a linha de pensamento e a ação profissional em saúde, muitas vezes, se justificam em uma construção no modelo biomédico.

Em decorrência disso, muitos profissionais de saúde assumem um posicionamento relacionado apenas às questões técnicas ou clínicas; tais como, a prescrição e a administração de medicamentos frente a um diagnóstico de doença e seu avanço incontrolável. Entretanto, é importante esclarecer que não menosprezamos, na prática dos cuidados paliativos, a necessidade de se submeter a uma decisão técnica diante de um fato ou problema clínico para minimizar o sofrimento e respeitar o processo de morrer e a morte de uma pessoa e seus familiares. Contudo, defendemos que em todo e qualquer processo de tomada de decisão é preciso deliberar; constantemente, com os envolvidos, sobre os fatos que se discorrem e seus valores circundantes.

No ponto de vista moral, para Berlinguer (1996, p.53), o “entrelaçamento de fatores individuais com os advindos do ambiente natural e os sociais é objetivamente complexo e a interpretação de suas conexões sempre foi influenciada pelos conhecimentos científicos, tendências culturais e valores éticos”. Por isso, é preciso analisar os fatos e ponderar os valores envolvidos na tomada de decisão técnica ou clínica, pois “os problemas éticos consistem sempre em conflitos de valores, e os valores têm como suporte necessário os fatos” (GRACIA, 2001, p. 20). Por sua vez, para um problema ético ser deliberado, seja no campo da saúde e em suas esferas, a transparência de dados que constituem a narrativa e a participação dos envolvidos se torna fundamental para que se alcance as diferenças e as necessidades de cada envolvido. Em Garrafa, Oselka e Diniz (1997, p. 2, grifos nossos) vamos encontrar o seguinte esclarecimento:

É somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. (...) A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania. A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, **associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça**, que conseguiremos fazer **valer o valor do direito à saúde**. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida, representado (...) pela possibilidade de acesso à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população.

A igualdade, apesar de estar contida no aparato normativo-legal está muito longe de ser conquistada, diante da realidade que procuramos compreender e descrever; mas ela deve estar no horizonte como “igualdade equitativa”. Não há dúvida que as injustiças se tornam maiores quando são naturalizadas e aceitas pela classe trabalhadora, “seja pelo grau de conhecimento, de recursos, de meios técnicos disponíveis, por tendências culturais gerais, pela valorização específica da relação existente entre saúde, variantes biológicas, comportamentos pessoais e condições ambientais” (BERLINGUER, 1996, p. 84).

Nesta perspectiva, Gracia (2010) enfatiza a importância das mudanças provenientes do espaço-temporal e a historicidade, na atualidade, para as dimensões axiológicas da vida em última instância, para muitos seres humanos.

As doenças continuarão a existir, e também **a morte**. É por isso que **a questão última** não diz respeito a quantos são os meios de que dispomos, mas sim as quais os fins, quais os objetivos que nos propomos em vida. O problema hoje não é quantitativo, mas qualitativo. (...) O problema hoje em dia não é saber quanto vamos viver, mas sim **como e para que vamos viver, quais são nossos ideais, nossas expectativas e nossos valores na vida**. Deles dependerá, em última instância, que sejamos felizes ou profundamente desgraçados (GRACIA, 2010, p. 88, grifos nossos).

O pano de fundo da provocação exposta por Diego Gracia, está em Zubiri (2011), onde consta que o saber e a realidade são congêneres em sua própria raiz, ou seja, se admite não existir prioridade de um sobre o outro. Por conseguinte, “realidade é o caráter formal – a formalidade – segundo o qual o apreendido é algo ‘em próprio’, algo ‘de seu’. E saber é apreender algo segundo essa formalidade” (ZUBIRI, 2011, p. ii, grifo do autor). Assim, se acolhe uma diferença basal e de fundamental importância na linha de pensamento em que o elementar do conhecimento está em ser um modo de inteligência, como afirma o autor:

Pois bem, penso que inteligir consiste formalmente em apreender o real como real, e que sentir é apreender o real em impressão. Real, aqui, significa que os caracteres que o apreendido tem na própria apreensão ele os têm ‘em próprio’, ‘de seu’, e não somente em função, por exemplo, de uma resposta vital. Não se trata de coisa real na acepção de coisa além da apreensão, mas do apreendido mesmo na apreensão, mas enquanto é apreendido como algo que é ‘em próprio’. É o que chamo de formalidade de realidade. (...). Porque, como os sentidos nos dão no sentir humano, coisas reais, com todas as suas limitações, mas coisas reais, sucede que essa apreensão das coisas reais enquanto sentidas é uma apreensão senciente; mas, enquanto apreensão de realidade, é uma apreensão intelectual. Daí que o sentir humano e a inteligência não sejam dois atos numericamente diferentes, cada um completo em sua ordem, mas constituem dois momentos de um único ato de apreensão senciente do real: é a inteligência senciente (ZUBIRI, 2011, p. iii-iv, grifos do autor).

É nesse sentido que se identificam – em um ato considerado mais elementar do ser humano – a apreensão e o encontro com a realidade. É esta a identificação que nos atualiza, como explica Gracia:

Não é que eu vá à realidade, é ela que vem a mim, se me impõe. A realidade tem poder sobre mim, toma iniciativa. A iniciativa não é minha, mas da realidade. Ela se me impõe como última, possibilitante e impelente, disse Zubiri. E é a isto que se chama o 'poder do real'. A realidade tem poder sobre mim. Para Zubiri, esta é a experiência originária. Não é a experiência do mistério, mas a experiência do poder do real. É isto que se denomina 'relição' (GRACIA, 2010, p. 158-159, grifos do autor).

Nesta perspectiva, “se o bem de uma pessoa importar porque ela importa, é natural concluirmos que o respeito pelo bem dela seja pelo menos parte do que é exigido pelo respeito por sua dignidade”, ou seja, o respeito a uma pessoa se estabelece na consideração de sua vontade autônoma conexa à sua forma de realidade (McMAHAN, 2011, p. 504). Logo, a bioética, nos dias atuais, possui uma importante tarefa: a busca incessante de desvelar a intrincada composição e hierarquia de valores nos sistemas morais vigentes e fomentar a responsabilidade e a prudência; pois, somos responsáveis por nossas ações, e quanto maior é o nosso poder, maior é também a prudência que devemos exercer ao tomar decisões (GRACIA, 2010; GRACIA, 2016).

Para Berlinguer (2001), a saúde possui na dimensão moral um valor intrínseco e instrumental, isto é, uma base de autodeterminação que oscila entre condições materiais de existência e as suas variáveis para os seus mecanismos de alcance coletivo e pessoal. Dessa forma, as soluções para os seus problemas que se apresentam no cotidiano precisam se redirecionar e identificar que as interpretações puramente financeiras convergem para uma redução de seus fatores condicionantes e socialmente construídos num cenário de interesses econômicos *versus* políticas públicas pertinentes ao círculo vicioso de marginalização e predominância de miséria. Portanto, a noção de saúde – construída em realidades diversas – possui elementos que expõem seus critérios sociais e morais utilizados no desenvolvimento de métodos e possibilidades de equilíbrio orçamentário. Nesse sentido, as convergências e divergências entre interesses econômicos e o bem comum, precisam atentar para as

diferenças essenciais no estabelecimento da saúde como valor vital e intrínseco à pessoa, bem como as estratégias (valores instrumentais) de construção para que se possa consolidá-la.

Neste ponto, identificamos uma diferença categórica entre valores intrínsecos e instrumentais; bem como, as suas limitações. Para a construção de estruturas sociais, políticas e econômicas que contribuam para o contínuo desenvolvimento humano em sociedade, os seres humanos se organizam e compartilham regras de condutas humanas para uma resposta mútua de necessidades essenciais em todas as esferas. Todavia, Berlinguer (1996, p. 86-87, grifo do autor) contesta argumentando que

A vida e a saúde, em resumo, podem ser prejudicadas desde o início da existência por uma 'arbitrariedade moral' que escapa às escolhas individuais e às decisões coletivas, porquanto se manifesta no próprio ato do nascimento. Com o nascimento, na verdade, vem ao mundo indivíduos diferenciados quanto ao fenótipo e genótipo. Sua diversidade e imprevisibilidade constituem a infinita riqueza da espécie humana, mas forma a base das iniquidades. Essas iniquidades podem depender de doenças ou predisposições genéticas, das condições materiais que cercam a gravidez e o parto, e ainda muitas vezes da família, do local e da classe social na qual se vem e se cresce no mundo.

Visto que os traços de caracteres que compõe o humano possuem uma estrutura especificamente humana em resposta a um bem comum; que transcorrem, também, na história contada e registrada repleta de valorações, muito já evidenciado, nas mazelas provenientes de construções sociais baseadas em ocultamentos e premissas de interesses mercantis, se assume a necessidade de garantir a vida não como mera existência ou subsistência e; sim, uma vida plena de dignidade. Nas delimitações entre a negatividade de um valor e a sua positividade se desenvolve a pessoa que se movimenta em contínua polarização para o bem e para o mal. Nesta perspectiva, o delineamento entre justo e injusto na materialidade de uma vida se torna uma força que orienta direitos e deveres.

5.2.3.2. Bioética e a (In)violabilidade da Vida

Tanto abarcar o viver e o morrer – juntamente com os seus questionamentos éticos e/ou valorações que dele fizemos – como observar que a vida e a saúde possuem os seus percursos precedidos de normas construídas em sociedade que se movimentam em tendências ou condicionantes e até determinantes de sua própria realidade. É preciso tornar transparente que a existência de direitos fundamentais, não é uma garantia de que a população consiga usufruir deles, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o seu direito universal à saúde. Por sua vez, tais garantias precisam ser impulsionadas por meio de debates e (in)fluxos de comunicações nos diversos grupos e movimentos sociais que se constroem nas mais diversas realidades. A história mostra que somente assim é possível não apenas a manutenção dos direitos adquiridos; mas, sobretudo a ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Dessa forma, retornamos ao movimento de apreensão primordial da realidade e as formas de organização social de produção em todos os sistemas que se desenvolvem no país e a distinção de grandes desigualdades nos níveis de vida dos cidadãos brasileiros. Parafraseando Berlinguer (2001), ao elucidar a necessidade de se caracterizar internamente em um país às suas próprias diferenças e necessidades baseadas em um plano concreto e razoável a todos os cidadãos.

Se trata de colocar o nosso país no mesmo plano daqueles mais avançados no conhecimento das desigualdades sociais. Particularmente importante é ter um padrão preciso das diferenças sociais na distribuição das doenças e mortalidades. Muitas das questões práticas e, também, das mesmas discussões normativas podem encontrar soluções diante das evidências empíricas. Parece que também no nosso país foi confirmada a tese geral, feita valer de Amartya Sen, que a maior fonte de desigualdade social seja a de individual na instrução, outro que na disponibilidade monetária. Neste ponto resulta particular evidência por quanto resguarda a diferença no acesso a um bem como aquele fornecido pela assistência sanitária, a qual disponibilidade e usufruto solicitam frequentemente capacidade e informações particulares sobre saúde. Esta apreensão não pode deixar de ser conjecturada no âmbito das elaborações bioéticas. Se trata, por exemplo, de incluir sempre com clareza na ótica de tais atividades, também o estudo das condições de nascimento e das suas fases sucessivas da vida (BERLINGUER, 2001, p. 44).

Assim, conhecer as diferentes necessidades e as diferenças individuais que se articulam em um país, comunidade e sociedade mediante os seus sistemas organizativos que ampliam ou reduzem o desenvolvimento humano para situações de inequidades em saúde se tornam critérios fundamentais de distribuição de recursos em todos os setores que o sistema público de saúde atua. A potencialidade investida no discernimento de prioridades humanas em que “a distinção entre equidade e igualdade se volta no diagnóstico da situação de fato, naquelas confrontações que se deve intervir” em que as ações coletivas e individuais assumem um protagonismo para transformar os próprios fatores geradores de inequidades (BERLINGUER, 2001, p. 14). Não por acaso Giovanni Berlinguer preferiu ultrapassar a concepção aristotélica de justiça, que é particularista, para uma concepção social que atribui responsabilidade às instituições, mas sem excluir a responsabilidade e a liberdade individual que pressupõe “consciência, meticulosidade e empenho” para poder superar a tendência, por exemplo, do *victim blaming*. Além disso, o autor enfatiza a importância das instituições e sistemas de saúde universalistas pela sua importância na promoção da equidade em saúde. Para tanto a democracia é essencial, pois ela pressupõe participação. Dito isso, gostaríamos de lembrar que detalhamos, mais adiante, as suas concepções em Bioética Cotidiana.

Há, portanto, uma inerente construção de valores no processo de vida que está interligado nos traços de caráter internalizados no dinâmico percurso de saúde e doença que compõe o próprio espaço temporal em comunhão aos outros seres humanos. Nesta perspectiva, se converteria para os seres humanos a construção e permanência de instituições sociais para as necessidades humanas; primeiramente, essenciais para solucionar as inequidades evitáveis e injustas e, por fim, restituir ao humano a sua responsabilidade em sociedade. Ao buscar restituir aos membros de uma sociedade a sua carga de atividades para o estabelecimento de instituições sociais que servem as necessidades humanas e não o inverso, se identifica o acumulo de um mecanismo histórico perverso de domínio mercantil.

Parece sempre mais evidente que a saúde e a equidade na saúde são o resultado de múltiplas intervenções dos indivíduos e das famílias, dos corpos intermédios em qual se exprime a sociedade civil, das associações de voluntários, da comunidade territorial, dos sujeitos público, privados e *non-profit*. Ocorre distinguir adequadamente os

diversos níveis de intervenção para poder coordenar em modo não hierárquico e em modo que cada um seja colocado em grau de tomar decisões apropriadas no próprio âmbito de responsabilidade (BERLINGUER, 2001, p. 15).

No percurso de retomada de atividades direcionadas as necessidades humanas e não ao interesse do livre mercado e seu pequeno grupo de privilegiados se distingue as influências históricas em se obter uma assistência adequada na fase de fim de vida durante o processo de morrer e a morte, ou seja, ao avanço na concepção de direito humano de se viver os últimos tempos de vida com qualidade e dignidade. É interessante lembrar que a *Economist Intelligence Unit* (2015) utilizou dados oficiais e pesquisas existentes em cada um dos oitenta países mencionados; buscando, também, entrevistar profissionais especializados em cuidados paliativos para a construção do Índice de Qualidade de Morte. Nos vinte indicadores qualitativos e quantitativos divididos em cinco categorias é abordado os cuidados paliativos e ambiente de saúde, os recursos humanos, o acesso aos cuidados paliativos, a qualidade dos serviços e o engajamento da sociedade. No panorama de avanços históricos ocorre um reconhecimento sobre a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos e não só dos cuidados de fim de vida, conforme a versão anterior.

Todavia, a 42ª posição no *ranking* da qualidade de morte ocupada pelo Brasil e discutida, anteriormente, no capítulo de contextualizações do processo histórico dos cuidados paliativo instiga e contribui para a investigação das moralidades inerentes a esse processo de morrer e morte no país, em geral, caracterizado com sofrimento.

Como se sabe, existem formas de intervir no processo de morrer de maneira a torná-lo apropriado às realidades dos seres humanos; indiretamente ou diretamente, conforme discutimos nos países que dispõe de legislação específica. Todavia, quando se analisa a construção de valores no movimento dinâmico de apreensão da realidade se transcende para uma transparência de valores intrínsecos e instrumentais em que é preciso reconhecer a distinção entre a dignidade e outras formas de valor impessoal pertencente às pessoas, vale dizer, que o bem de uma pessoa é importante, da mesma forma que o de qualquer outra pessoa, pois há dignidade em si mesma. A mais antiga dentre as formas de intervir no processo de morrer é, sem dúvida, a eutanásia, enquanto a mais moderna é o suicídio assistido.

Entretanto, essas formas de intervenção suscitam um debate ético ainda não resolvido, em torno da questão: poderia o ser humano, decidir o tempo e as condições de sua própria morte? Como vimos, há algumas décadas, vem surgindo os cuidados paliativos. Estes podem praticar aquilo que está sendo como ortotanásia que, de certa forma de intervém no processo de morrer, mas sem objetivo de antecipar (eutanásia) ou adiar a morte (distanásia), embora não esteja imune ao debate pelos limites tênues entre as práticas. Por este motivo, os cuidados paliativos, congruente com a ortotanásia, são, sem dúvida, a modalidade que mais se difunde no mundo e o contexto em que a discussão sobre a possibilidade ou permissibilidade é latente. Embora a eutanásia e o suicídio assistido também vêm se expandindo, em alguns países, com a ideia de favorecer o bem morrer e a qualidade de morte.

De todo o modo, supomos que um dos motivos elementares que levam muitas pessoas aceitarem morrer mal, ou seja, com sofrimento, está velado no princípio da inviolabilidade da vida, o qual se fundamenta num princípio absoluto, isto é, que não permitir exceções. Aqui se inicia um conflito que necessita de esclarecimento; pois, a construção de valores está permeada por transformações internas e externas em que se desenvolvem em grupos sociais e individuais na concepção de mundo e pessoa. Assim, na legalidade de uma ação se deve esmiuçar as regras que nos afetam por fatores externos e, portanto, o percurso delineado a uma lei prática em que os elementos que o compõe se mantêm em uma vontade jurídica ou uma vontade moral que se desdobra na razão humana em explicações com as suas condições tendentes e aquelas que o determinam em uma escolha.

Pois bem, a análise categorial está na dimensão do desdobramento de um princípio mencionando como o movimento e a tendência de uma escolha para se aproximar dos traços de caráter que o constituem e demonstram a sua razoabilidade ou não na determinação de suas escolhas. Assim, uma moralidade não pode ser reduzida a um simples estímulo humano, por exemplo, biológico e, sim, na reflexão de seus traços de caráter que o constituem em ser humano. Dentre saúde e doença, vida e morte, o sagrado se define na pessoa enquanto pessoa. Isso não quer dizer, que não há delimitações a serem seguidas e, sim, que precisamos estar atentos aos possíveis rompimentos que se efetiva no posicionamento de regras com valorização de um interesse próprio e a própria conformidade moral em normas jurídicas e morais.

Convém lembrar que diversos são os fundamentos morais da inviolabilidade da vida que fundamentam não apenas a moral, isto é, a conduta por adesão interna, íntima ou subjetiva conforme os padrões sociais, e aquela externa determinada pelo direito. Por sua vez, o mais difundido, com certeza é o fundamento moral teônimo (GRACIA, 2010), que abrange a teoria da lei natural e a teoria da lei divina (RACHELS; RACHELS, 2013) que, apesar de terem origens distintas, como veremos adiante, a lei divina submete a lei natural, já que, segundo tal lei, a natureza foi criada por Deus.

Inclusive, bastante difundida também é a ética kantiana, a qual coloca o homem – e sua natureza - no centro e não mais Deus. Todavia, como vimos, ética kantiana, não admite a universalização de uma lei moral que possa violar a vida. Um imperativo categórico desse tipo violaria - como vimos na ética deontológica kantiana -, a lei da natureza, a humanidade do homem como fim em si mesmo e a autonomia dele de ser legislador de si mesmo, em suma, violaria a dignidade humana no componente formal que contém as *prioris* da razão pura (vida e divindade) (*Conforme Kant fundamentação da metafísica dos costumes /Cf. KANT, 2007*).

Em suma, acreditamos que um dos fios condutores para tais discussões sobre a (in)violabilidade da vida é o retorno a um enfrentamento analítico de tipos de realidades que se desenvolve na atualidade para diferenciar as preferências atuais, em grande maioria, direcionadas aos valores instrumentais em vez dos valores intrínsecos. A constituição de uma moralidade precisa se tornar transparente no seu espaço-temporal em todos os meios sociais para que se possa desenvolver a vitalidade e a liberdade humana na interligação de bases humanas essenciais. As diferenças morais se desenvolvem na própria biografia de vida – com influência da disponibilidade de educação, emprego, habitação e renda, por exemplo, – em que o ocultamento do móbil das ações coletivas e pessoais transformam as experiências morais em valores que se degradam entre si para um processo de utilidade humana ao seres materiais. De fato

Boa parte das disputas morais a que os pesquisadores da bioética se dedicam a pensar está embebida no sofrimento, na dor da angústia da imoralidade, um sentimento tão degradante quanto o da perda da própria dignidade. Se por um lado, não é fácil para os defensores da santidade da vida humana – aqueles que acreditam e defendem a intocabilidade da vida dos seres humanos – viver em uma sociedade

onde as mulheres realizam o aborto ou onde as pessoas são autônomas para decidir sobre sua própria morte, por outro, também não é uma experiência moral nada agradável alguém ser obrigado a preservar uma gestação ou ainda a própria vida em nome de valores estranhos a si próprio (DINIZ, GUILHEM, 2005, p.68).

Em consequência disso tudo e para nos auxiliar a debater os argumentos contra e a favor da inviolabilidade da vida⁶⁵, bem como os conflitos éticos que envolvem as formas de intervir no processo de morrer, devemos considerar, além das teorias da lei natural e da lei divina (ou princípio da sacralidade da vida), as seguintes éticas, além das já vista, que estão presentes nas diversas correntes da bioética – algumas derivadas das três correntes éticas normativas, outras mais ou menos independentes, embora possam conter similaridades –: a tradição hipocrática, o libertarianismo, a casuística, o principialismo e o personalismo.

5.2.3.2.1. *A tradição hipocrática e a mudança na construção de valores*

Na tradição hipocrática, oportunamente, os profissionais são considerados pessoas com qualidades extraordinárias – que buscam sempre a excelência – e pertencem a uma posição de privilégio na sociedade. Por sua vez, “essa posição de privilégio se expressa por intermédio de várias características, fundamentalmente de duas, a impunidade jurídica e a autoridade moral” (GRACIA, 2010, p. 272).

No âmbito de muitas categorias profissionais, não apenas na categoria médica, o *éthos* (os costumes e os valores) repousa sobre uma longa tradição que remonta ao *Juramento* Hipocrático (século V a.C.) com distintos valores que se conectam entre a

⁶⁵ Em decisão judicial no TJ do RS, o juiz relator Irineu Mariani, salientou que a “inviolabilidade do direito à vida” (BRASIL, 1988) não é absoluto. “A Constituição brasileira institui **o direito à vida, não o dever à vida**, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constringida a tal”. Entretanto, o legislador atual, entende que é absoluto. Tanto que, preocupado com as recentes decisões do judiciário descriminalizando casos de aborto e abrindo jurisprudência, se apressou em movimentar a proposta de emenda à constituição (PEC nº 29) que foi aprovada em 16/05/2017 na Comissão de Comissão e Justiça e “altera o art. 5º da Constituição Federal para explicitar que o direito à vida é inviolável desde a concepção” (BRASIL, 2015). Com certeza, esta visão reflete também no processo de morrer. Visto assim, em todas as situações, o direito à vida se constitui em um dever à vida.

fidelidade, o segredo e a discrição entre seus pares para uma autoridade moral em relação aos demais componentes da sociedade devido a sua ‘moralidade especial’.

Esse tema da moralidade do médico, e em geral da moralidade dos profissionais, sacerdotes, governantes e médicos, tem em sua base a teoria que defende a existência de uma ‘moralidade especial’ dos profissionais, à diferença da ‘moralidade comum’, própria dos demais membros da sociedade. Essa moralidade especial viria exigida pelo fato de que são os líderes e condutores naturais de todos os demais, e porque isso exige deles o cumprimento de obrigações específicas (GRACIA, 2010, p. 271).

Com efeito, esta concepção permaneceu impregnada nos membros de cada sociedade por séculos, apresentando resquícios até hoje, pois os contextos culturais e da tradição, estão presentes no desenvolvimento dos seres humanos e ao apreender algo como real formalmente – através da afecção do real, alteridade de realidade e força de imposição da realidade – se admite um ato elementar da inteligência que, por sua vez, é fundado no ato de apreensão do real como real, versando para a realidade que se atualiza. Visto que nas “interpretações sobrenaturalistas, tão frequentes nas culturas arcaicas, os filósofos gregos nos ensinaram a interpretar a saúde e a doença em termos de natureza”, e durante o percurso foi elaborado o “documento que agora nos ocupa e preocupa, o Juramento hipocrático”, caracterizando o movimento hipocrático (GRACIA, 2010, p. 274) – se considera que ao longo da história está se buscando superar costumes e liturgias (impunidade jurídica e autoridade moral) que não pertencem ao novo tempo histórico para a maioria dos seres humanos. Sistemas morais se transformam em sistemas plurais e com características peculiares.

Para exemplificar, é possível mencionar, por exemplo, alguns acontecimentos que ocorrem no Brasil com a superação de características provenientes dos tempos colonialistas e ditatoriais, bem como a constante luta e reflexão realizada para a superação de privilégios arraigados em alguns grupos sociais que se posicionam ainda como pessoas soberanas, transparecendo a herança de um mundo autoritário e servil. As peculiaridades dos sistemas morais vigentes na sociedade despontam, para muitas pessoas, valores de forma superficial em que não há uma distinção entre a base de seu absolutismo e a inteligência, ou seja, a mera atualização do real na

inteligência senciente (Cf. ZUBIRI, 2011). E, dessa forma, confusões e conflitos são gerados por ressentimentos, medo, vontade de vingança, egoísmo ético, entre outros.

Esse enfoque ao longo da história foi se tornando controverso devido a cisão do sentir humano e a inteligência apresentadas e desenvolvidas como dois atos completamente diferentes em sua ordem; proporcionando questionamentos durante a apreensão da realidade. Os atos de inteligência (conceber, julgar, entre outros) se detinham – em épocas passadas – como descrito por Zubiri (2011, p. iii) “na contraposição aos diferentes dados que os sentidos nos forneciam”. Uma possível disputa entre momentos de um único ato se mescla em divergências e convergências aos elementos peculiares das atividades que cada um realiza e o papel social que a desempenha para uma análise focada nas razões de aplicação de punição em situações distintas, por vezes, evitáveis e injustas.

Pouco a pouco foram caindo todos os papéis que tradicionalmente se tinham por intocáveis. O primeiro a cair foi, provavelmente, o papel do governante. (...). Depois, nos anos da Guerra do Vietnã, entrou em crise o papel do militar. Nos anos imediatamente posteriores ao Concílio Vaticano II teve início à desvalorização do papel do sacerdote, pelo menos nos países católicos. Imediatamente depois chegou a vez dos médicos. Faz alguns anos que a grande crítica social se voltou contra outro dos corpos intocáveis, o dos juizes. É certo que possuem missões muito importantes, mas não até o ponto de que necessitem de uma ética e de um direito distintos daqueles próprios dos demais mortais (GRACIA, 2010, p. 273).

Dito isso, é importante destacar uma mudança na concepção de realidade elencada por Zubiri (2011, p. vi) ao explicar que “pela inteligência já estamos instalados inadmissivelmente na realidade. O *logos* e a razão não precisam chegar à realidade, mas nascem da realidade e estão nela”. Pode se dizer que o movimento dinâmico da valoração se abre em seu determinado espaço-temporal e constitui as suas premissas para a moral, o direito, a política e a religião. Hessen (1980, p. 167) alega que o “ser como ser, o puro ser fático, é indiferente aos valores [porque] o caráter valioso só surge nele quando ele entra em relação com uma consciência valoradora.

5.2.3.2.2. O libertarianismo e suas variantes

Neste âmbito, submergimos – brevemente – nas tradições do republicanismo e liberalismo cujo vínculo é renunciado, com o passar dos tempos, de forma contundente e possui características relevantes ao contexto descrito, bem como sua relação de fundamentos da (in)violabilidade da vida e por conseguinte da bioética.

Quanto ao liberalismo, ele aparece no fim do século XVIII como uma filosofia política que, segundo os seus defensores, foi particularmente bem adaptada ao mundo moderno, comercial e cada vez mais democrático. Apresenta uma grande continuidade com a tradição republicana e considera como grandes nomes do pensamento liberal Locke, Montesquieu e outras figuras do panteão republicano (PETTIT, 2013, p. 617).

Historicamente, é preciso delinear que o republicanismo possui as suas origens na Roma clássica e reapareceu no Renascimento, bem como forneceu um pensamento e uma linguagem que dominaram a política do Ocidente moderno, sendo um dos marcos à Revolução Francesa em 1789 e 1799 e à Guerra de Independência americana em que a divergência identificada entre as concepções de liberdade e a maneira como as sociedades democráticas estavam funcionando e deveriam funcionar delimitaram o contraste entre os dois movimentos: republicanismo e liberalismo (Cf. Berlinguer, 2001).

Em Pettit (2013, p. 617, grifos nosso), encontramos o seguinte esclarecimento:

Enquanto os **liberais** assimilam a **liberdade à ausência de ingerência**, os republicanos a assimilam ao fato de não estarem submetidos à ingerência do outro segundo a sua vontade, ao fato de estar colocado ao abrigo de tal ingerência. A liberdade de uma pessoa, neste sentido, equivale ao fato de ela **não estar submetida ao poder que o outro tem de prejudicá-la**, ao fato de não ser **dominada** pelo outro.

Certamente, as diferenças entre ingerência e dominação são ponderadas de modo a admitir uma peculiar característica no movimento dinâmico das correntes relacionada ao respeito à autonomia da vontade e o livre arbítrio em que, no republicanismo, a liberdade é definida de forma contrária a escravidão e que a

submissão à vontade arbitrária do outro e/ou viver a mercê do outro são concebidos como o mal supremo, enquanto a “ingênua” ausência de ingerência assumida pelos liberais favorecem à tirania e à colonização como formas compensatórias de não intervenção.

Alguns leitores, num primeiro momento, poderiam cogitar uma contradição em tal afirmação ou que não haveria diferença entre concepção liberal e republicana. Todavia, é preciso esclarecer que na concepção liberal do papel, por exemplo, da lei com a relação à liberdade, concordamos com a constatação da lei ser vista como uma forma de ingerência – ao apresentar, no mínimo, um efeito coercitivo às pessoas – compondo atos contrários a essa concepção de liberdade. Indubitavelmente, essa é a primeira interpretação dos liberais. Todavia, os defensores do liberalismo abarcam critérios para argumentar e justificar a sua corrente de pensamento percorrendo a delimitação das ações de um Estado e/ou a composição de uma justificação leiga para sanar a preocupação de um domínio religioso, populista, entre outros. Neste movimento, se considera sempre a possibilidade de as pessoas desfrutarem de uma prosperidade que os deixe felizes em valor elevado e, para isso, o Estado possui as suas atuações modificadas negativamente. Certamente, ao abordar o liberalismo na concepção utilitarista é possível constatar a necessidade do efeito compensatório, por exemplo, em que a liberdade para um maior número de pessoas proporciona um efeito compensatório e positivo ao impedir a ingerência de outros.

O liberalismo é antes de tudo a doutrina segundo a qual o Estado deve assumir uma forma tal que a liberdade negativa se veja honrada ou realizada de maneira máxima no seio de uma sociedade. O liberalismo, nesse sentido, pode atribuir um valor intrínseco à liberdade negativa⁶⁶, como na concepção utilitarista. Neste sentido, o **liberalismo** sempre pode se **revestir de uma forma libertária ou liberal no sentido clássico**, se não reconhecer nenhum outro valor político além da liberdade negativa, ou se não considerar a liberdade

⁶⁶ Distinção de liberdade dos modernos e liberdade dos antigos por Benjamin Constant: “esquemáticamente, ser **livre no sentido negativo** – ou seja, livre no sentido dos modernos – é ser livre da ingerência do outro na busca de atividades que se é capaz, em uma dada cultura, de exercer sem a ajuda do outro. É ser livre para pensar o que se quer, de dizer o que se pensa, de ir aonde se quer, de se associar com quem quer que esteja disposto a fazê-lo, e assim por diante no que se refere a todas as liberdades tradicionais. A **liberdade positiva** é mais que isso: ela pode ser a liberdade de participar da autodeterminação coletiva da comunidade, como na imagem que Constant fornece da liberdade dos antigos; é estar libertado dos obstáculos internos que são a fraqueza, o instinto e a ignorância, assim como de obstáculos externos que imponham a ingerência do outro; isso pode até ser a realização de certa perfeição moral” (PETTIT, 2013, p.617, grifos nosso).

como um bem a ser buscado entre outros, como nas versões do liberalismo situadas mais à esquerda do plano político (PETTIT, 2013, p. 617, grifos nosso).

Nesta perspectiva, se admite que Locke e a tradição liberal clássica sejam componentes importantes para o libertarianismo, bem como Hobbes com a sua concepção de contrato social e outros autores não menos importantes.

Alguns libertários situam a base suprema de seus princípios políticos e morais na ética de Aristóteles, enquanto outros estimam que as obras de Adam Smith, de Benjamim Constant, de Alexis de Tocqueville e de John Stuart Mill defendem a ideia de que o **bem-estar** geral serve no máximo para a preservação de uma grande esfera de **liberdade pessoal**. Menos conhecidas, mas em muitos aspectos importantes para o pensamento libertário atual (sobretudo nos Estados Unidos), são as ideias extraídas das contribuições de proudhonistas e individualistas radicais do século XIX, como Josiah Warren, Lysander Spooner, Benjamin Tucker e, é claro, Herbert Spencer (STEINER, 2013, p. 623, grifos nosso).

Neste contexto se identifica que a discussão entre liberalismo (republicano ou não) e libertarianismo; bem como as distinções das formas de liberdade (liberdade negativa, liberdade positiva e social) está diretamente relacionada à concepção de Estado e sua função perante a sociedade. Por sua vez, as diferentes concepções implicam direta ou indiretamente na questão da (in)violabilidade da vida. Assim, há necessidade de se compreender as noções de justiça fundamentadas: 1) na liberdade individual; 2) na utilidade social e 3) nos contratos sociais. Estas noções compõe a diversidade de fundamentos em que os libertários entendem o Estado com uma autoridade legal muito maior do que é moral e racionalmente justificado.

Primeiramente, os libertários defendem que ao reduzir essa autoridade legal – “contraíndo o domínio público – e ampliando por isso mesmo o domínio da conduta privada e nela aumentando a diversidade dos comportamentos que aí são legalmente autorizados, aumenta-se a liberdade de cada pessoa” (STEINER, 2013, p. 623). Portanto, a redução das funções do Estado possui argumentos que a justifique e a mensure. Em relação à justiça, que defende os interesses dos capitalistas, está direcionada no direito natural de propriedade de si mesmo, bem como no direito de se dispor de si mesmo no usufruto de suas vontades. Pelo fato de obter respeito aos

seus direitos de propriedade e toda “autoridade assim conferida, seja a organismos públicos ou privados (entre os quais o Estado), é, portanto estritamente limitadas às funções de justiça e proteção e não se estende às atividades de redistribuição e de regulamentação econômica” (STEINER, 2013, p. 624).

Inclusive, os argumentos baseados na utilidade social são profundamente influenciados pela economia política das escolas neoclássicas de Austríca ou de Chicago as quais rejeitam, veementemente, as concepções da justiça distributiva. Para tais escolas a liberdade pessoal possui um valor supremo diante da qual o Estado possui tanto uma autoridade mínima como nula; pois, supostamente os processos privados para a tomada de qualquer decisão – “(...) quer estes processos passem pelo mercado ou por outras transações voluntárias – são capazes de buscar o uso máximo dos bens e serviços – máximo, ou seja, que maximize o bem estar, no sentido da satisfação de preferências” (STEINER, 2013, p. 624).

Não menos importante, temos os argumentos baseados no contrato social. Este, perfaz uma junção entre os direitos pessoais de propriedade e prosperidade social, ou seja, entre os argumentos baseados na justiça e na utilidade social, haveria uma “sociedade na qual a autoridade do Estado não é restringida por regras de procedimento inscritas na Constituição – em particular regras limitando a manipulação da massa monetária e exigindo o equilíbrio orçamentário (...)” (STEINER, 2013, p. 624). Ao passo que se busca encorajar os intitulados – grupos de interesses – a desenvolver um arranjo de direitos de propriedade privada a ser legalizado, mutuamente, devido aos conflitos de interesse, o Estado forneceria serviços produtivos e de proteção que o mercado não estaria apto a proporcionar aos grupos de interesse e a população em geral devido a questões econômicas de alto custo e /ou ao valor de utilidade considerado pouco relevante para os mesmos grupos. Isso resultaria na competitividade entre os grupos e segundo Steiner (2013, p. 624) seriam “organizados a desviar seus recursos das atividades produtivas para empregá-los numa luta predatória, destinada a garantir a influência política sobre a riqueza social, então direta e indiretamente controlada pelo Estado”.

Convém lembrar que nos anos de 1970 com os efeitos oriundos de uma importante crise econômica, que põe em cheque o Estado de Bem-estar Social Europeu, muitas pessoas reassumem um comportamento individualista, direcionado

ao nacionalismo, se justificando – a partir de segmentos pouco contextualizados e até mesmo distorcidos dos acontecimentos nos movimentos pelos direitos civis e sociais ocorridos em 1960 – em uma linguagem moral repleta de retórica e expressões que denunciavam a retomada de valores instrumentais para o estabelecimento de preferências e interesses históricos. Na tentativa de persuadir os seres humanos a uma inversão de prioridades em valores intrínsecos que, naquele momento, estava despontando para a caracterização de uma maior sensibilidade e racionalidade de pessoas enquanto pessoas e aprimorando o próprio desenvolvimento humano se investe em uma falaciosa rede comunicativa de ideias em que se arrastam as conquistas provenientes dos próprios movimentos de enfrentamento de injustiças para a constituição de regras imutáveis e desiguais em que se assume uma hierarquia social justificada na degeneração social e a necessidade de retomada de valores que tinham como base a família, a moral e o indivíduo. E, dessa forma, com mudanças socioeconômicas em andamento, a interferência do Estado na economia e no provimento de programas sociais se torna, para alguns grupos, um entrave ao desenvolvimento da moral e dos “bons costumes”. Para eles, o Estado removia da família, da igreja e da própria comunidade, a responsabilidade e competências para a paz e a harmonia no bem-estar social (Cf. Berlinguer, 1999).

Neste contexto, há uma reviravolta de correntes de pensamento que, momentaneamente, se contestam e no transcorrer da história se unem, mesmo com as diferenças, em torno de interesses privados e preferências negociáveis. As consequências dessa mudança, repercutem nos modelos e sistemas de saúde em que o papel do Estado passa a ser utilizado cada vez mais a serviço de interesses privados ou de uma minoria que detém o poder político e econômico. Assim como a mudança de valores implicou numa necessidade de superação da tradição hipocrática, a mudança no papel do Estado vem repercutindo diretamente no direito à saúde e nas condições de (in)violabilidade da vida, vale dizer, na possibilidade de se intervir no processo de morrer.

5.2.3.2.2. A Casuística

A casuística, por sua vez, consistiu ao longo da história em “articular a universalidade de uma norma e a particularidade de um agir” (CARRAUD, CHALINE,

2013, p.139). Todavia, o processo de deliberação, necessitaria de um “interlocutor”, por assim dizer, com virtudes elevadas. Neste aspecto, “não tendo a prudência essência ou lei universal em relação às quais se definir, ela se encarna na existência singular do homem prudente, cuja justeza de julgamento fornece o modelo dos melhores valores (CARRAUD, CHALINE, 2013, p.139). Provavelmente, questionamentos já se aguçam em relação a essas colocações: quem são essas pessoas consideradas superiores aos indivíduos comuns e meros mortais e que podem fornecer os melhores valores de forma universal? Quais são esses valores em sistemas morais tão diversos?

Assim, adentramos em um debate árduo em que uniformizar a prática das regras morais se torna, ao mesmo tempo, decisivo e impossível. Para adentrar na questão, primeiramente é preciso compreender que o uso da palavra casuística é posterior à terminologia “casuísta”, utilizado em meados de 1580 e 1640 devido aos acontecimentos históricos da época relacionados à teologia moral das religiões dominantes.

Mesmo se foi possível ver a primeira tentativa de casuística nos *Sententiarum libri quinque* de Pierre de Poitiers, não é surpreendente que a casuística medieval se tenha desenvolvido em grande parte nas Sumas dos confessores que se multiplicam a partir do século XIII. O papel crescente das ordens mendicantes, dominicanos e franciscanos em particular, e a obrigação de uma confissão regular (feita aos fiéis pelo IV Concílio de Latrão, em 1215) explicam essa expansão que visa formar melhor os padres. É assim que Robert de Flamesbury, cônego de Saint-Victor, escreve por volta de 1207-1215 um *Poenitentiale*, utilizando as decisões jurídicas para formar julgamentos do confessor. Aliás, várias Sumas provêm do meio da universidade de Direito de Bolonha. Direito eclesiástico e teologia servem para resolver os casos cada vez mais numerosos e classificados segundo os preceitos do Decálogo. Os confessores dispõem de Sumas de **casos seguidos de soluções**, cujo conjunto deve **pautar os costumes**. Essas obras se multiplicam em razão de sua utilidade. Forma-se assim uma **literatura teológica** das mais abundantes, já com síntese e classificações, como, em 1515, a *Summa summarum de casibus conscientiae*, do dominicano Sylvestre de Prierias, com 715 artigos e logo lançada em 40 reedições (CARRAUD, CHALINE, 2013, p.139-140).

Num contexto histórico pleno de conflitos e a constante necessidade de amortecê-los – sejam pelo domínio das igrejas e /ou imperadores, reis, príncipes – a

construção de estratégias se tornou essencial. Logo, a elaboração de casos seguidos de soluções se transformou nas avaliações ideais para manter os chamados “bons costumes”. Na tentativa de considerar tanto o objeto, as circunstâncias – as pessoas envolvidas, os meios, os hábitos, os escândalos, bem como a ocasião próxima de “pecado” – como o estado de consciência para cometer o mal e a própria fragilidade humana; se coloca à autoridade eclesiástica o poder decisório, sendo quem decide a falta e/ou não cumprimento de uma determinada obrigação moral. Entre momentos tempestuosos de diversas instituições e o questionamento de suas autoridades, novos problemas se acentuam.

As Reformas protestantes, que em sua maioria negam a confissão auricular e o sacramento da penitência, surgem quando os confessores já dispõem de sólidos tratados para ajudá-los. Sobretudo na Espanha, preservada da guerra e da heresia, prossegue a elaboração casuística [Universidade de Salamanca]. (...). As lições dos comentadores possuem um conteúdo casuístico certo, acrescido de questões em grande parte novas, como as suscitadas pela descoberta da América. O célebre curso de Vitoria em 1539 sobre o direito de guerra, aplicado à conquista das Índias pelos espanhóis, é na verdade um tratado de casuística. Com as controvérsias sobre a legitimidade da colonização espanhola e as modalidades de evangelização dos índios, a casuística instala-se nas relações internacionais e vai além do simples ministério dos confessores (CARRAUD, CHALINE, 2013, p.140).

Se por um lado acontece um crescente aumento no número de acontecimentos geopolíticos interligado às transformações socioeconômicas, religiosas e culturais assimiladas na época, por outro lado, se constata uma maior diversidade de modos de solucioná-los, gerando divergências entre instituições e debates mais complexos.

A decisão do casuísta nada tem de provisório e só está ligada a ocasião a título de pretexto. Na verdade, as resoluções compõem um sistema de formas homogêneo a um universo de crenças, de dogmas, e de regras reconhecidas e aprovadas pela instituição. O casuísta não se exprime, na verdade, a título pessoal; ele é o representante e o delegado da igreja para as questões de moral e de disciplina. Os sujeitos dos casos de consciência, uma vez resolvidos seus casos, são convidados a corrigir e a retificar suas condutas na perspectiva de um retorno às regras aprovadas da comunidade. (...). A casuística não tem em vista a originalidade nem sequer a personalidade das consciências; ela se propõe apenas **uniformizar as condutas**,

racionalizando as irregularidades e os desvios. (...). Mas o poder do casuísta é efetivamente real, sua individualidade, em relação com as ordens da igreja, absolutamente afirmada, e, sobretudo suas decisões têm valor normativo, não de maneira pontual, mas universal (CARIOU, 2013, p. 137-138, grifo nosso).

Na busca incessante e, muitas vezes repleta de excessos para tornar as condutas dos seres humanos unificadas num padrão normatizado, houve uma crescente e inabalável dificuldade de compreender e utilizar o diálogo entre os envolvidos nas situações, se sobressaindo apenas as autoridades e seus representantes, ou seja, delegados que impunham o cumprimento de normas construídas pelas instituições dominantes ao longo da história. Dessa forma, o uso da exatidão tornou-se um dos pilares no movimento das circunstâncias sempre reduzindo à forma normativa ideal e mantendo a estrutura em todos os casos.

A casuística era útil no exercício constante não só da confissão, mas também da direção de consciência e da conduta espiritual. (...). A casuística era certamente necessária, também para tornar efetiva uma moral que não se tira imediatamente da Escritura, sem, todavia, reduzir a religião à moral – e nisso a casuística pertence plenamente à Reforma católica. **A casuística apresenta-se, enfim, como um pensamento da diversidade social, já que seu propósito consiste justamente em variar segundo as situações, psicológicas, por certo, mas também sociais.** Por isso ela não pode dizer a mesma coisa a um rei, a um diplomata, a um capitão etc. Nesse **sentido**, ela fornece, talvez pela primeira vez da história, **uma teoria da diversidade das condições e de seu efeito em moral, substituindo uma (única) moral por uma ciência (plural) dos costumes.** (...). Mais ainda, a casuística pressupõe uma irreduzível diversidade dos indivíduos enquanto indivíduos. Nesse sentido, **ela própria se inscreveu na história da moral como uma época deliberadamente moderna** (CARRAUD, CHALINE, 2013, p.143, grifos nossos).

É possível notar que na construção de estratégias para uniformizar as condutas efetivas que possam assegurar a permanência de instituições históricas no domínio e, também, na organização das sociedades se introjetou regras de condutas negociáveis entre os interesses mercantis no valor de lei. Tanto quanto se buscava um delineamento no movimento da Reforma católica que precedia de seus excessos, juntamente, com outras instituições em ascensão; se expandiam outros segmentos refletidos nas divergências e, por vezes, nas convergências ostentadas.

Por outro lado, inicialmente fora da igreja e depois dentro dela durante o século XIX, cresceu a influência da moral kantiana e de um imperativo moral absolutamente formal (isto é, não determinado por outra coisa senão pela possibilidade de sua universalidade). E, paralelamente a esse universal em moral, houve o desenvolvimento de deontologias, isto é, a submissão de práticas, na maioria das vezes profissionais, a códigos, e não mais a uma moral (CARRAUD, CHALINE, 2013, p.144).

Em Boarini (2013), encontramos alguns esclarecimentos sobre os usos teóricos e práticos contemporâneos da casuística, ou seja, os métodos e modelos na teoria e a aplicações desses métodos na prática. Inicialmente, o autor menciona a existência de duas interpretações da composição e estrutura da casuística. A primeira, constituiria no processo de interpretar, em que as normas interligadas às circunstâncias singulares não seriam mais que a aplicação das normas jurídicas aos casos (contém normas de caráter), atribuindo informações e dados científicos ao conhecimento do campo prático. Em relação à segunda interpretação, a casuística estaria voltada na resolução dos casos sem fazer menção às normas morais – ponderando as circunstâncias na realização da ação proposta como adequada –, e, com isso, se aproximando em uma abordagem hermenêutica.

Ao fazer uma analogia das duas versões de “interpretações da composição e estrutura da casuística” feita por Boarini (2013), com o método utilizado pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* para a construção de princípios à pesquisa biomédica e comportamental – após a identificação das atrocidades cometidas aos seres humanos neste âmbito – se deduz que tal método estaria relacionado à primeira versão casuística. Como afirma Boarini:

Os onze membros que a compunham, com convicções e interesses muito diversos, adotaram espontaneamente um procedimento casuístico, dispondo as situações difíceis segundo suas semelhanças e diferenças em classes de caso. Enquanto a comissão se atinha a essa abordagem taxonômica, o acordo reinava. Em troca, eram grandes as dissensões quanto aos princípios teóricos (BOARINI, 2013, p. 144).

Por sua vez, o método adotado pela comissão apresentou o *Relatório de Belmont* no ano de 1978 com princípios e diretrizes éticas para a proteção dos seres humanos, participantes de pesquisas. Na mesma época, os membros da comissão, Jonsen e Toulmin, desenvolveram o procedimento denominado *Triangulação*, em que “toda situação difícil será disposta em uma categoria de casos paradigmáticos, cujo tratamento anterior é estendido ao tratamento do caso novo” (BOARINI, 2013, p. 145). Em síntese, a solução de um caso difícil, segundo o método mencionado, iniciaria com as circunstâncias que lhe são próprias – primeiro a morfologia; após essa etapa, se desvenda o exemplar que melhor lhe ajusta entre os casos – segundo a taxonomia; por último, as regras que estão colocadas como válidas o caso exemplar escolhido se tornam válidas para o caso em discussão – terceira etapa, a cinética (BOARINI, 2013).

Com o passar dos anos foram se destacando novas características à casuística que implicaram aos autores, Jonsen e Toulmin, de ponderarem sobre a possibilidade de o princípio moral derivar do caso, em outros termos, admitir também a segunda versão da casuística.

Nessa versão, a casuística tende a se tornar uma hermenêutica. A prática profissional anunciava essa mutação hermenêutica da casuística clássica. A gravidade da falta não pode ser avaliada senão pela formulação de enunciados, preparada pelos manuais de confissões e retrabalhada pelo confessor que orienta e interroga o penitente [exemplificam] Keenan e Shannon (1995, p. 212-213 *apud* BOARINI, 2013, p.145).

Neste percurso de identificação de processos de saúde e doença ajustadas nas diferenças das circunstâncias dos fatos incide na necessidade de diálogo entre outras correntes de pensamento, por exemplo, “Jonsen sublinhava o papel dos princípios intermediários entre os fatos que compõe o caso e as normas universais” (BOARINI, 2013, p. 145).

Certamente, poderíamos relembrar aqui vários casos dos usos práticos contemporâneos da casuística, sejam na vida religiosa – portadores de HIV (meados de 1981), suicidas, entre outros –, sejam pelos teólogos após a II Guerra Mundial, bem como no direito e na clínica médica em que os limites, por exemplo, relacionado aos cuidados de uma pessoa em fase terminal de uma doença e seus desejos, frustrações, sofrimentos e sintomas intoleráveis com a concepção de juramento

hipocrático, código de ética, valores pessoais vigentes nos profissionais de saúde impulsionaram a inúmeras reflexões. De modo que os limites e as objeções da casuística se tornaram evidentes, mediante ao pluralismo de valores morais identificados ao longo dos anos, bem como a classificação de semelhança entre os casos, que poderia tropeçar para uma análise pouco fidedigna entre circunstâncias com diferentes importâncias para as pessoas envolvidas. Além disso, como descrito por Boarini (2013, p. 146) “quando as práticas de uma cultura mudam, as circunstâncias não ocupam o mesmo lugar na identificação do caso – umas são relegadas doravante como fúteis, enquanto outras retêm toda a atenção.”

5.2.3.2.3. Princípioalismo e Ética Biomédica

No campo da saúde é comum e bastante difundido na formação profissional o princípioalismo formulado por Beauchamp e Childress (1994) em *Princípios de ética biomédica*, publicado em 1979⁶⁷, a partir do utilitarismo e da deontologia kantiana. Esta obra foi considerada importante para a bioética, sendo os seus princípios ponderados e, muitas vezes, incorporados pelas diversas correntes. Sem pormenores, os quatro princípios se estabelecem em respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça e fundamentam a ética biomédica. Eis como os autores os definem:

(1) o respeito pela autonomia (uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas), (2) a não-maleficência (uma norma que previne que se provoquem danos), (3) a beneficência (um grupo de normas para proporcionar benefícios e para ponderar benefícios contra riscos e custos), (4) a justiça (um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa). A não-maleficência e a beneficência desempenham um papel histórico central na ética biomédica, enquanto o respeito pela autonomia e a justiça foram negligenciados na ética médica tradicional, embora tenham ganhado destaque em razão de desenvolvimentos recentes (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 1994, p. 56).

⁶⁷ Convém ainda lembrar que Tom L. Beauchamp – considerado um utilitarista – participou da construção do Relatório *Belmont* em 1978 como um dos onze membros da comissão e, juntamente, com James F. Childress – respeitado como deontologista – desenvolveram uma estrutura de princípios para servirem de guia nas situações clínicas vivenciadas na relação entre as pessoas acometidas por uma doença e os profissionais de saúde.

A partir da definição desses princípios, esses autores ajustam alguns dos aspectos construtivos provenientes da casuística, como afirmam:

Podemos utilizar essas ideias vinculando-as a um conjunto apropriado de conceitos, princípios e teorias que controlem a seleção e a análise dos casos. A ética biomédica vem sendo dirigida, há muito tempo, por dois tipos de análise: **o estudo dos casos e a teoria ética**. Casos como o *Quinlan* [1975], o *Bouvia* [1986] e o *Tarasoff* [1969] são discutidos na literatura da área, formando um recurso comum e tornando-se essenciais para a forma como pensamos e extraímos conclusões. Eles influenciam profundamente os nossos padrões de justiça, negligência, paternalismo e assim por diante. (BEAUCHAMP, CHILDRESS 2002, p. 122, grifo nosso)

Diante dessa constatação, percebe-se que, se de um lado os autores propuseram a sua abordagem em princípios, por outro lado, recusaram defender um único tipo de teoria “exclusivamente baseado nos princípios, nas virtudes, nos direitos, nos casos, e assim por diante. No pensamento moral, frequentemente se misturam recursos a princípios, regras, direitos, virtudes, paixões, analogias, paradigmas, parábolas e interpretações” (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002, p. 122). De acordo com os autores, “os aspectos mais gerais (os princípios, as regras, as teorias, etc.) e os mais específicos (os sentimentos, as percepções, os julgamentos de casos, as práticas, as parábolas, etc.) devem ser ligados em nossa deliberação moral” (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002, p. 135).

Dito isso, discutiremos de maneira sucinta os quatro grupos de princípios formulado por estes autores, considerando que estão fundamentados – até o momento – em teorias éticas distintas (teleológica ou utilitarista e deontológica).

5.2.3.2.3.1. Princípio do respeito à autonomia

No princípio do *respeito à autonomia*, Beauchamp e Childress (2002, p. 138) esclarecem a necessidade das próprias pessoas autônomas escolherem as suas ações e agirem livremente para realizá-las, sendo que “uma pessoa com autonomia reduzida, em contrapartida é, ao menos em algum aspecto controlado por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos”. Diante da definição

desse princípio, se torna imprescindível distinguir um aspecto fundamental das correntes éticas normativas, que afeta a análise final do princípio mencionado que é a diferença entre “ser autônomo” e “ser respeitado” como uma pessoa autônoma.

Na ética teleológica – utilitarista ou consequencialista de Mill – se defende a ausência de interferência na autonomia (normas próprias) das pessoas – conforme já discutido, anteriormente – e caracterizado em Galvão (2005, p. 12) que o “único fim para o qual os seres humanos estão autorizados a interferir, individual ou coletivamente, na liberdade de ação de qualquer indivíduo é a sua própria proteção”. Portanto, ao se excluir essa situação, que é admitida como a única possibilidade de ingerência na autonomia individual, “cada indivíduo deve poder seguir o curso de vida que lhe parecer melhor” (GALVÃO, 2005, p. 12). Efetivamente, se acentua um efeito compensatório entre ações coletivas e individuais para uma conformidade de obstáculos internos aos externos em que se normatiza e naturaliza diferenças sociais inigualáveis e, historicamente, negativas a um percurso de desenvolvimento humano que avança para as diferenças mais profundas – o enfrentamento de seus próprios obstáculos humanos diante da realidade que o afeta. Assim, se conecta a defesa de James F. Childress em uma possível coerência de ideias construídas para o processo de saúde e doença na sociedade em que a ética kantiana contribui para esboçar as diferenças entre obstáculos internos e externos permeados pelas divergências e ingerências de vontade que se impunham ao domínio de um interesse arbitrário (mercado e bem comum). Em face disso, as derivações do imperativo categórico (lei universal) na ética deontológica de Kant (2007), através do princípio da humanidade e o princípio da autonomia apresentam uma descrição de vontades diversas em realidades distintas para leis práticas.

Na constituição do móbil de uma ação, os autores, direcionam a atenção para a questão da formulação de uma lei prática e a necessidade de estar de acordo com os critérios elaborados para os envolvidos na situação. Dessa maneira, se direcionam para um tratamento que consideram respeitoso às pessoas, mediando os seres humanos como *fim em si mesmo* em vez de meramente um meio para alcançar interesses.

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitada como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas

escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito também (...) mais que obrigações de não intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam, degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002, p. 142-143).

Efetivamente, no âmbito das coerções, persuasões e manipulações presentes em determinadas situações – na relação entre os envolvidos – se averigua a existência de um impacto severo no processo de deliberar, pois essas formas de influências possibilitam a submissão e dependência dos seres humanos a um sistema moral direcionado à heteronomia. A coerção é utilizada com o uso de força ou punição perante outra pessoa, enquanto, na persuasão segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 188) “uma pessoa deve ser convencida a acreditar em algo pelo mérito das razões expostas por outra pessoa”. Logo, a manipulação é constituída de várias formas de influências para o manipulador alcançar o seu objetivo e/ou meta, evitando a coerção e a persuasão.

Para os propósitos da decisão na área da saúde, a principal forma de manipulação é a manipulação da informação, um ato deliberado de administrar a informação de forma a alterar, de maneira não persuasiva, o entendimento que uma pessoa tem de uma situação, e, desse modo, motivá-la a fazer aquilo que o agente da influência pretende. Muitas formas de manipulação da informação são incompatíveis com a decisão autônoma. Por exemplo, os atos de enganar que envolvem estratégias como mentir, suprimir informações e exagerar enganosamente, levando as pessoas a acreditar em algo que é falso, são todas inconsistentes com a escolha autônoma (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 142-143).

Na busca de evitar as influências mencionadas, bem como outras questões não menos relevantes, se instituiu as concepções de consentimento informado, compondo uma regra fundamental nas relações entre pacientes e profissionais da saúde e proveniente do Princípio do Respeito à Autonomia. Entretanto, para que um *consentimento informado*

(...) Seja válido, são definidas algumas condições que devem ser atendidas, como a competência da pessoa e a compreensão sobre os procedimentos a serem realizados (...), portanto, o Princípio do Respeito à Autonomia é especificado mediante a formulação de regras e critérios, as quais pretendem dar-lhe o conteúdo necessário a sua interpretação (PETRY, 2002, p. 89).

Nesta perspectiva, os autores continuam a esboçar a coerência de suas ideias através da necessidade de minimizar os riscos avaliados prejudiciais às pessoas enfermas e elaboram princípios denominados de *não maleficência e beneficência*; objetivando, embasar os profissionais de saúde a manejar situações cotidianas e, também, difíceis; sem causar dano intencional bem como promovendo o bem e prevenindo as injustiças, conforme apresentamos a seguir.

5.2.3.2.3.2. Princípio da não maleficência

O princípio da não maleficência, segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 209-210) “determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente”, isto é, “não devemos acarretar mal ou dano”. Do ponto de vista de Rosa e Fontoura (2013, p.64), “devemos ter a clareza de que não podemos agir quando essa ação poderá vir a causar danos a outrem”.

Ainda que “o termo ‘não maleficência’ é às vezes usado em sentido amplo, incluindo a prevenção de danos e a eliminação de condições prejudiciais” se avalia que “a prevenção e a eliminação requerem atos positivos de beneficiar outros, pertencendo, portanto, antes à beneficência que a não maleficência” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 281).

5.2.3.2.3.3. Princípio da beneficência

Na opinião dos autores, “o princípio da beneficência potencialmente exige mais que o princípio da não maleficência, pois os agentes têm de tomar atitudes positivas

para ajudar os outros, e não meramente se abster de realizar atos nocivos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 281)⁶⁸.

Nesta perspectiva, ao elucidar as distinções entre o uso das terminologias – beneficência, benevolência e o princípio de beneficência – os autores proporcionam a compreensão basal de sua corrente ética.

A **beneficência** refere-se a uma ação realizada em benefício de outros; a **benevolência** refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros; e o **princípio de beneficência** refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros. Muitos atos de beneficência não são obrigatórios, mas um princípio de beneficência, em nossa acepção, afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 282, grifos dos autores).

Assim, quando buscamos refletir sobre a beneficência (bem-eficiência) e a benevolência (bene-volência) é possível constatar a sua relevância em várias teorias éticas. Para Beauchamp e Childress (2002), os pontos essenciais das teorias precisam estar elucidados para uma fidedigna interpretação.

O utilitarismo, por exemplo, tem a sua organização sistemática fundamentada num princípio de beneficência (o princípio de utilidade), e, durante o Iluminismo escocês, figuras proeminentes como Francis Hutcheson e David Hume fizeram da benevolência a peça central de suas teorias da moralidade comum. Em todas essas teorias, a beneficência é central, em parte por ser concebida como um aspecto da natureza humana que nos motiva a agir no interesse de outros, meta que nessas teorias está estreitamente vinculada à meta da própria moralidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 282).

Da mesma forma, conforme a ética biomédica, “a vida moral normalmente não oferece a oportunidade de que se produzam benefícios ou se eliminem danos sem

⁶⁸ É importante destacar que alguns autores preferem unir os princípios da não maleficência e beneficência. Contudo Beauchamp e Childress (2002, p. 212) propõem uma configuração em que não há nenhuma classificação normativa ou estrutura hierárquica entre os princípios: “não maleficência: 1 – não devemos infligir mal ou dano; Beneficência: 2 – devemos impedir que ocorressem males ou danos; 3 – devemos sanar males ou danos; 4 – devemos fazer ou promover o bem”.

que sejam gerados outros riscos ou custos, o princípio de utilidade é uma extensão essencial do princípio da beneficência positiva” (BEAUCHAMP E CHILDRESS 2002, p.283). Por isso, na opinião de Petry (2002), os autores, decompõem o Princípio da Beneficência em outros dois.

O da **beneficência**, que determina ações orientadas para a promoção do bem, e o **da utilidade**, que requer um equilíbrio entre os benefícios e possíveis prejuízos de uma determinada ação. As regras derivadas são formuladas positivamente, de modo que a elas não cabem sanções quando não cumpridas. O mesmo não acontece com as regras de não maleficência, na prática paternalista, a qual é realizada a fim de beneficiar certa pessoa com detrimento de sua autonomia (PETRY, 2002, p. 90, grifo nosso).

Por conseguinte, se torna notória a distinção entre o princípio da utilidade na teoria utilitarista – considerado um princípio absoluto – e o desdobramento do princípio da utilidade, como um importante princípio, porém um entre outros – na teoria principialista. De fato, Beauchamp e Childress (2002, p. 282) assinalam “que esse princípio se limita ao balanço dos riscos, benefícios e custos (resultantes de ações), e não determina o balanço global das obrigações”.

5.2.3.2.3.4. Princípio da justiça

Ao considerar o princípio da utilidade, na ética biomédica, como um princípio que está interligado a outros princípios, os autores consideram que a “justeza de uma distribuição (...) gera questões a respeito de princípios de justiça” (BEAUCHAMP E CHILDRESS 2002, p.353). Efetivamente, se reconhece a impossibilidade de um único princípio de justiça solucionar todas as questões-problema envoltas em uma determinada conjuntura, de maneira universal. Isso porque cada princípio de justiça deve ser especificado e situado em seus contextos específicos, admitindo a classificação de princípios de justiça – formal e materiais. Certamente, os processos históricos e as concepções de uma determinada moralidade compõem a própria distinção entre as terminologias.

Num sentido formal, a justiça tem sido entendida como uma virtude particularmente *racional*, *coercitiva* e *praticável*. De maneira distinta,

por exemplo, da sabedoria ou da caridade, a justiça foi entendida, em diferentes culturas e períodos históricos, como uma virtude secular e racional, cujas exigências podem ser explicadas e justificadas sem que se apele a crenças religiosas; como uma virtude que os governos podem e devem fazer cumprir coercitivamente e que, de fato, deve ser a norma fundamental a orientar a atividade política; e como uma virtude que, ao menos porque os políticos precisam organizar seus planos em torno dela, deve ter por objeto a realização de metas praticáveis e prontamente realizáveis (FLEISCHACKER, 2006, p.9-10, grifos do autor).

Como se percebe, o autor define importantes características que compõe a justiça, especificamente o “poder” e o “dever” dos governos (ou do Estado) como aplicador da justiça, especialmente na distribuição de riquezas e bens como os serviços de saúde. Ou seja, nos dois sentidos concebidos desde Aristóteles (1979) em *Ética a Nicômaco*, isto é, como princípio formal e material. De acordo com Fleischacker,

Em primeiro lugar, ele [Aristóteles] distingue entre um sentido, depois denominado ‘justiça universal’, que abrange todas as virtudes (...) e uma ‘justiça particular’, que se aplica às constituições políticas e às decisões judiciais. Em segundo lugar, ele distingue, no interior deste segundo sentido do termo, ‘justiça distributiva’ de ‘justiça corretiva’⁶⁹. A justiça distributiva requer que a honra, ou posições de autoridade política ou dinheiro sejam distribuídos de acordo com o mérito (...), enquanto a justiça corretiva requer que os culpados por injúrias paguem pelos danos que causaram as suas vítimas de acordo com a extensão desses danos (FLEISCHACKER, 2006, p.29-30, grifos do autor).

Nessa direção, é oportuno discutir as dificuldades nas concepções de Beauchamp e Childress. Estes autores, descrevem que temos “uma situação de justiça sempre que caibam às pessoas benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como o fato de serem produtivas ou de haverem sido prejudicadas pelos atos de outra pessoa” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2004, p. 352). Eles admitem que “(...) os princípios que especificam as características relevantes para um tratamento igual são *materiais* porque identificam

⁶⁹ A justiça corretiva que está relacionada com a punição, ao longo do tempo, foi denominada justiça comutativa (FLEISCHACKER, 2006).

as propriedades substantivas para a distribuição” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2004, p. 352, grifo dos autores). Assim, tanto na ótica do princípio “formal” como do “material” se pondera aquilo que é justificável na distribuição igual entre as pessoas mediante a satisfação de alguns critérios. Todavia, o paradoxo se revela dependendo dos critérios que utilizamos para fundamentar o princípio da justiça.

Estes, como mostram os autores [Beauchamp e Childress], podem se dar sob diferentes aspectos, como, por exemplo, a cada pessoa uma parte igual, a cada pessoa segundo a necessidade, segundo o mérito, segundo o esforço ou segundo as trocas de mercado. A posição de Beauchamp e Childress é de que uma teoria que trata do princípio da justiça poderia fundamentá-lo a partir de todas essas posições (PETRY, 2002, p.90).

Para compreendermos as posições de Beauchamp e Childress – e suas limitações –, temos de retornar à história para elucidar a relação da justiça distributiva e o direito de propriedade. Conforme Fleischacker (2006, p. 42), antes de Adam Smith ou até o século XVIII, as “reivindicações de propriedade, assim como violações de propriedade, eram questões para a justiça comutativa; a ninguém era dado um direito de reivindicar propriedade por razões de justiça distributiva”. Nesta época, também se mantinha o direito de necessidade – que permite aos seres humanos em condições de extrema pobreza utilizar os bens de outros, sem autorização, para suprimir determinadas necessidades extremas – na justiça comutativa. Entretanto,

(...) A ideia de que o mundo poderia ser radicalmente reformado, que praticamente qualquer problema humano poderia ser resolvido, desde que houvesse criatividade e boa vontade suficientes, é uma novidade, um produto do otimismo que acompanhou os desenvolvimentos científicos dos séculos XVII e XVIII, bem como a Revolução Francesa, na qual, pela primeira vez, pareceu possível que se poderia **remodelar completamente o Estado**, e que um Estado bem constituído poderia ser praticamente onipotente, capaz de curar qualquer **enfermidade social** (FLEISCHACKER, 2006, p. 153, grifo nosso).

Se por um lado, a exigência de auxílio aos pobres sempre foi acompanhada de penalidades severas aos mesmos, na tentativa de controlá-los – seja pela Igreja ou pelo próprio Estado – por outro lado, justificativas embasadas num sistema que os pobres são merecedores de ajuda somente em determinadas condições, elevam, por

exemplo, durante um determinado período, o ato da misericórdia aos membros de Igrejas como um compromisso religioso e não se pondera que o beneficiário da assistência é um ser humano com direitos e membro de uma comunidade.

Em outros momentos da história, Fleischacker (2006) esclarece que foi possível identificar o ato da caridade como o propulsor da assistência aos pobres. Os doadores se apresentavam como pessoas “virtuosas” perante as instituições mais importantes de seu tempo: as Igrejas e o Estado. A diferença é que elas podiam usufruir de alguns privilégios, enquanto os pobres continuavam a serem contemplados como seres inferiores e sem direitos. Infelizmente, o peso do passado e da tradição reflete no presente, de modo que ainda hoje, muitas vezes o direito é substituído pela caridade. A caridade passa a ser a última alternativa para os pobres. Certamente, que devemos promover a caridade no sentido de solidariedade. Mas esta não pode substituir o direito, que por sua vez deve estar na base da justiça. Caso contrário,

Quando distribuo caridade, eu me bajulo pensando que sou melhor do que a pessoa que estou ajudando. Desse modo, ainda que a ajude materialmente, eu a degrado moralmente. Atos virtuosos não devem expressar, e muito menos criar, tal hierarquia. Ao contrário, faz parte da essência de toda virtude, para Kant, que ela expresse e ajude a criar uma comunidade de seres racionais iguais, uma comunidade que respeita o valor absoluto e igual de cada indivíduo que a ela pertença. **Violo algo fundamental à moralidade quando me julgo superior a outros; em vez disso, tenho de considerar cada um dos demais seres humanos como um fim em si mesmo, que tem exatamente tanto direito quanto eu tenho a uma vida boa (FLEISCHACKER, 2006, p. 105, grifos nosso).**

Apesar de muitos movimentos estarem ocorrendo para a mudança de atitudes, muitos seres humanos, ainda, permanecem com ideias reducionistas sobre a assistência aos pobres. É possível constatar que nas obrigações definidas para o Estado, por exemplo, no cuidado aos necessitados, houve uma inclinação – se assim podemos expressar – atribuída à humanidade e à compaixão, de modo que a justiça não é inserida na contextualização.

Dessa forma, era a piedade, uma virtude em que o agente, motivado por **sentimentos humanitários**, faz o **bem** para um beneficiário **que não tem nenhum direito a esse bem, e não a justiça**, segundo a

qual os agentes estão obrigados, independentemente de seus sentimentos, a conceder aos beneficiários aquilo que lhes é **legitimamente devido, que fornece o contexto moral das práticas** de bem-estar social na Inglaterra [por exemplo,] até mesmo no começo do século XX (FLEISCHACKER, 2006, p.77, grifos nossos).

De certo modo, a concepção moderna de justiça distributiva, que tenta conciliar direito de necessidade e direito de propriedade, é muito recente. Conforme Fleischacker (2006, p. 110) “foi na década que se seguiu à publicação da maioria das obras principais de Kant, e depois de Adam Smith e Rousseau já estarem mortos, que nasceu a concepção moderna de justiça distributiva”. E este movimento ou evolução teórica teve como palco a era da Revolução Francesa. Esta revolução burguesa, que suplantou o feudalismo na Europa, trouxe muitos questionamentos éticos e morais, o desenvolvimento científico, bem como o desenvolvimento político interligado à construção de bases teóricas-práticas para os sistemas morais. Por sua vez, estes sistemas colaboraram – no passado, presente e futuro – para a constituição de um valor – em unidade que possui seus traços e se tornam pertencentes a um sistema – um processo sensível e inteligível em tendências e determinantes no movimento dinâmico de valor que adquire significado e se amplia em um sentido que atribuímos na vida cotidiana.

Os valores, como as instituições, podem mudar de papel social depois de se estabelecerem. A sobrevivência de valores e de instituições é sobre determinada, e podem facilmente subsistir para além de suas funções originais. Mas pelo menos queremos saber como um dado valor veio significar aquilo que pensamos ter aceito ao adotá-lo. Se, ao estudar sua história, constatamos que tal valor expressa coerentemente sentimentos ou serve a objetivos diferentes daqueles que supúnhamos que tivesse, então poderemos ter de concluir que o interpretamos erroneamente – que se trata de um valor distinto daquele que imaginávamos, ou então que se trata de um tabu cego que hoje sobrevive na consciência de nossa sociedade, não obstante o fato de não desempenhar qualquer função moralmente útil (FLEISCHACKER, 2006, p.77).

Com efeito, diversos princípios, regras e julgamentos compõe teorias específicas que justificam e, muitas vezes, se transformam em argumentos ao ser humano perante outro ser humano e instituições, tornando concreto o significado e, muitas vezes, o sentido do valor justiça. Ao longo dos anos, teorias foram

desenvolvidas com reflexão sobre valores éticos e morais interligados a fatos históricos, culturais e hábitos de seres humanos em sociedade. Inclusive, as correntes teóricas com as suas concepções de justiça e de justiça distributiva que se conectam com a sua própria distribuição moralmente justificável.

Nesse sentido enfatizado por Beauchamp e Childress (2002, p.360) é que “foram propostas muitas teorias sistemáticas para determinar como os encargos, bens e serviços sociais – incluindo os bens e serviços da área da saúde – deveriam ser distribuídos ou, como insistem alguns, redistribuídos”. Dentre estas sistematizações uma das mais influentes foi a publicação de John Rawls no ano de 1971 – *Uma teoria da justiça* – em que o autor elabora dois princípios de justiça e discute como aplicá-los. No primeiro princípio (Princípio de igual liberdade), ele define que “cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema total mais extenso de liberdades básicas iguais compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos” (FLEISCHACKER, 2006, p. 166). No segundo princípio, John Rawls delinea que as desigualdades sociais e econômicas precisam satisfazer duas condições na estrutura de base da sociedade, sendo que a primeira devem existir para o maior benefício dos membros menos favorecidos da sociedade (Princípio da diferença) e estar ligadas a funções e posições às quais todos tenham o mesmo acesso, bem como a talentos dados (Princípio de igualdade equitativa das oportunidades). E, desse modo, peculiaridades importantes tomam destaque para Fleischacker (2006, p. 166)⁷⁰ que “consistente com o princípio de poupança justa, e estejam vinculadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades.

A compreensão de Beauchamp e Childress (2002, p. 352, grifo nosso) sobre a justiça, direcionada a ética biomédica, considera a justiça distributiva como “(...) uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social”. Neste contexto de ética aplicada, os autores admitem a possibilidade de um reconhecimento de distribuição de recursos “segundo a necessidade ao mesmo tempo em que o faz segundo as trocas de mercado” (PETRY, 2002, p. 90). Esse entendimento de acordo com Beauchamp e Childress (2002, p. 423) – que reúne o livre mercado e as

⁷⁰ No próximo capítulo, na discussão da Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer, adentraremos com maiores detalhes nos contrapontos entre direito à saúde e direito à assistência e como esse autor articula os princípios da teoria da justiça de Rawls.

necessidades dos seres humanos – proporciona “o direito obrigatório ao mínimo digno de assistência à saúde, dentro de uma estrutura de alocação que incorpora de modo coerente padrões utilitaristas e igualitários”.

Todavia, há uma complexidade árdua no modo de considerar o princípio de justiça distributiva, pelos autores, que deve ser debatida e refutada; pois, defendem que o mercado é o *locus* de efetivação dessa justiça de acordo com liberalismo, onde o Estado não deve intervir, inclusive nos serviços de saúde. Estes devem ser “distribuídos” no mercado e pelo mercado enquanto instituição social, e não pelo Estado. Em suma, os autores da *ética biomédica* alegam que o direito de necessidade pode se concretizar no livre mercado, mas restringem esse direito a um “mínimo” que garantiria a dignidade da assistência. O problema, enfatiza Fortes (2004) permanece nas fundamentações morais que expressam uma possível concordância de se fazer uma justa distribuição dos bens, obrigações e deveres, cargos e funções sociais e a discordância expressiva de como se deva proceder para se alcançar essa justa distribuição de recursos, se pelo mercado ou pelo Estado. Em se tratando de sistemas de saúde, a questão é saber em qual *locus* a liberdade individual, o direito de escolha sobre a própria vida pode se efetivar: se num sistema privado cujas regras são determinadas pelo mercado para quem pode pagar pelos serviços, ou num sistema público ou estatal de caráter universalista, igualitário e equânime? Se colocarmos esta questão, imediatamente percebemos que muitas posições sobre a fundamentação da justiça, não conseguem realizar aquilo que propõem, particularmente, as teorias liberais como a de John Rawls e a teoria ética de Beauchamp e Childress (2002) quando os direitos individuais de liberdade de propriedade entram em contradição com os direitos sociais e a justiça distributiva.

Em relação às teorias éticas liberais é preciso considerar que o princípio ético fundamental a ser observado na distribuição social de recursos, de acordo com Fortes (2004, p. 36) “é o respeito à liberdade da pessoa humana de tomar decisões que afetem sua vida e o respeito a se fazer escolhas”. Entretanto, as ideias de justiça estão definidas como uma liberdade contratual em que ao Estado compete apenas garantir a ordem, a segurança, as liberdades individuais e o direito à propriedade de todos os cidadãos, enquanto as leis do livre mercado garantiriam a adequação das necessidades à oferta de serviços. Se estabelece assim, um paradoxo na *ética biomédica* de Beauchamp e Childress (2002) a partir do momento que eles assumem

os princípios do liberalismo, tornando o princípio da justiça aquele mais frágil – dentre os quatro princípios – na sua proposta de orientar as ações dos profissionais e o próprio sistema de saúde. De fato, esse é o princípio que mais expõe a dificuldade em se coadunar direitos individuais e direitos sociais, ética individual e ética coletiva.

Nesta direção, essas teorias éticas da igualdade (não conseguem realizar a igualdade prometida) se direcionam ao atendimento das necessidades das pessoas – elencadas pelo livre mercado – na construção e implementação de políticas públicas à minimização dos danos decorrentes das condições mais desfavoráveis ou a ampliação das condições mais vantajosas. O coletivo adquire segmentos de produtividade e competitividade como valor social universal e sagrado, em que a equidade se estabelece na satisfação de alguns critérios adequados aos interesses de mercado e internalizados pelos seres humanos. As consequências, como sabemos, são as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Portanto,

Teremos fortes bases para condenar moralmente os sistemas que tentam impor um plano de assistência no sentido de evitar a criação de um sistema de várias graduações, proporcionando assistência com base apenas nas diferenças de necessidade, e não em características individuais ou de grupos. Aqueles que são ricos sempre têm liberdade moral secular para comprar mais e melhor assistência (ENGELHARDT, 1998, p. 447).

De fato, o que temos visto em termos de acesso aos serviços de saúde é uma grande disparidade diretamente proporcional ao avanço do neoliberalismo que defende um capitalismo de mercado que não permite interferências ou regulação do Estado. No âmbito das políticas neoliberais,

O capitalismo de mercado é uma grande religião que se afirma com a sacralização do mercado e da propriedade privada. As discussões que ocorrem na esfera econômica são encerradas com o recurso ao mito para impor uma ideia sacralizada a toda a população. No espaço religioso do capitalismo não há espaço para a racionalidade discursiva, pois qualquer tentativa de questionar o sagrado é sacrilégio. Não há razão e sim emoção no espaço sacralizado das discussões de política econômica (SÁ; MOUREIRA, 2015, p. xx).

Neste panorama, é possível constatar que o modo de produção capitalista mantém as necessidades dos seres humanos subsumidas à lógica da produção de mercadorias e tem como motor propulsor a exploração da sua força e potencialidade humana, cada vez mais intensificada, em detrimento das suas condições de vida e saúde. Ao passo que Berlinguer (1996) especifica as diferenças entre as conquistas sociais e suas variantes destaca a necessidade de um contínuo enfrentamento das situações que possam transcorrer, injustamente, no processo de identidade no âmbito jurídico, político e social da existência humana.

O direito à saúde é um *prius* em relação ao direito à assistência, seja no sentido histórico, pela prioridade de seu reconhecimento, seja no campo das necessidades da existência humana. O direito à assistência, além disso, parece pertencer, mais que à esfera dos direitos humanos, à dos direitos sociais; como tal, não transcende épocas e lugares, mas está em conexão com a alternância das várias formações econômico-sociais e até das contingências políticas; é submetido a regras e formas de atuação extremamente variáveis; é grandemente influenciado por relações do tipo contratual (BERLINGUER, 1996, p. 75).

Assim, quando analisamos questões relacionadas a construção do conceito de saúde, nos deparamos com o relatório da VIII Conferência de Saúde (1986, p. 4), por exemplo, em que “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” e – necessariamente – retornamos ao fato de que as formas de organização social de produção no país geram grandes desigualdades nos níveis de vida dos cidadãos brasileiros. O autor destaca que, muitas vezes, se estabelece uma contradição entre o mundo real e o mundo político e institucional para o estabelecimento de um comportamento cotidiano que,

Depende substancialmente da convergência de interesses (por exemplo, entre profissionais da saúde, indústria produtoras de medicamentos ou equipamentos e cidadãos), e depende da capacidade associativa dos que são excluídos dos tratamentos, para determinar e impor o direito à assistência de maneira praticável e compatível com outras exigências. O sistema assistencial, de qualquer forma, mesmo não podendo ser o único nem o principal

fator de melhoramento da saúde, pode garantir socialmente o direito *ex post* de fruir, em maior ou menor medida, aqueles procedimentos terapêuticos que são atributo específico e tradicional da medicina. Quando tal direito é negado, aumenta a parcela considerável de sofrimento que é social e tecnicamente evitável; e à doença, que de per si é fonte de tormento (...) (BERLINGUER, 1996, p. 76).

Neste âmbito, a conquista de um sistema público de saúde e os seus princípios estabelecem motivações para os brasileiros, décadas após sua criação, refletir sobre a universalidade de acesso e a igualdade da assistência e constatar que as desigualdades sociais e econômicas presentes no território brasileiro possuem uma realidade repleta de iniquidades nos impulsionando a reivindicar ao conceito de equidade em saúde para compreendê-las e resolvê-las, se tornando o instrumento para a integração de um processo político e histórico internalizado na própria construção coletiva de valores.

6. BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE E BIOÉTICA COTIDIANA: INTERFACES

Berlinguer (1996, p. 11) ao descrever a importância de se movimentar nas realidades concretas dos indivíduos e seus sistemas de organizações sociais – mediante as variantes que se destacam na comunidade e sociedade, incluindo, as diversas apreensões que constituem os processos de vida e saúde – adverte a necessidade de adentrar na produção de valores no cotidiano. De acordo com esse autor, “esse ponto de vista valoriza a saúde como condição para expressar de forma completa a própria atividade [humana] e chama em causa a responsabilidade própria e aquela de outros”.

Na análise de Berlinguer, há uma preocupação que não se pode evitar entre a História e a construção de valores nos mais diversos ambientes políticos e sociais; bem como, na ênfase dada por Carlos Pose (2011), ao descrever a ética da vida na sua complexa composição de responsabilidade.

Portanto, o processo histórico, não é mera transmissão genética, porque não somente se transmite características psico-orgânicas, senão que se transmite também modos de estar na realidade. Pois bem, esta segunda transmissão, na medida em que é optativa ou livre, já não é transmissão, senão entrega. A entrega é a transmissão optativa. Por isso cabe concluir que a vida se transmite ‘geneticamente’, mediante que as formas de estar na realidade se entregam ‘eticamente’. És a terceira e última função da inteligência. A inteligência não somente tem uma função biológica e uma função biográfica, senão que tem também uma função bioética. Bioética aqui não significa realização da ‘vida boa’; significa, simplesmente, que a inteligência determina, não somente a ‘viabilidade’ do indivíduo e da espécie, não somente sua ‘perfeição’, senão que determina também sua ‘instauração’ no mundo, isto é, seu ‘modo de estar no mundo’, por exemplo, satisfeitamente ou insatisfeitamente. Tão viável pode ser um modo como outro, tão perfeito pode ser um modo como outro. O que ocorre é que à satisfação ser viável ou perfeita depende de que seja um modo entregue e escolhido. Este modo é individual e é social, porém, é também histórico (POSE, 2011, p. 152).

Neste contexto, as questões de vida (ciência, ética e saúde) se tornam pilares de desenvolvimento humano para uma constituição de liberdade e responsabilidade, onde se reflete num campo universal de experiências e, inclusive, de escolhas morais. Berlinguer (1996) ao destacar que muitas conquistas científicas na biologia humana e

na relação homem/natureza perpassam a vida cotidiana em construções morais que necessitam de reflexões para a sua constituição pessoal e, também, coletiva; especifica que as potencialidades de cada ser humano e a sua interdependência com os outros seres vivos necessitam se equilibrar em aspectos que fundamentam todo e qualquer ser humano para que as ações humanas se mantenham em seres espirituais e valores intrínsecos, compondo uma ordem hierárquica com traços de caráter universais.

Neste aspecto, há uma inquietação, proveniente de todo o percurso de vida do autor que é os riscos oriundos de uma moralidade que segue ludibriando fases de autodeterminação na construção de uma liberdade individual e coletiva. Neste ponto, se identifica a possibilidade de legitimar ações humanas direcionadas na transferência de encargos e tomadas de decisões que coexistem para o próprio desenvolvimento de cada personalidade. Por conseguinte, a preocupação do autor é inquestionável; pois, nos dias de hoje se averigua em diferentes realidades uma forte tendência de não se reconhecer em si próprio as suas reais funções e objetivos diante da complexa estrutura humana e suas delimitações intransponíveis. Diante das transformações cotidianas no percurso de um ciclo vital entre o nascer, o adoecer e o morrer se constata, muitas vezes, – em uma ética da saúde e da vida – o delineamento de interesses privados e valores instrumentais que rompem categorias referentes as dimensões morais ao usufruto de ideias e definições que modificam as bases humanas universais através de distintos traços e características – já reveladas e, de uma certa forma, materializadas no desenvolvimento de cada ser humano na inteligência senciente – de justo e injusto, do digno e indigno, do legítimo ao ilegítimo. Em outros termos, o ajuste entre compromisso pessoal e interpessoal se afasta de um compromisso humano de pessoa enquanto pessoa e se torna extingüível na construção de uma sociedade, comunidade, nação e mundo. Em uma analogia, é como se os tipos de realidades terminam por convergir em intermediários – descaracterizando o exercício interno de enfrentamento de obstáculos e dificuldades oriundas de um comportamento coletivo e individual – no estabelecimento de normas que conduzam a própria história oportuna no intercâmbio de favores e privilégios.

Inclusive, Gracia (2011, p. 149, grifos do autor) enfatiza que as diferenças entre valor moral de ato e valor moral da pessoa precisam se tornar transparentes; pois, valor moral, é um dos que se pontua como “(...) ‘intrínsecos’, e dentro destes é um

típico 'valor espiritual'. Não é o único valor espiritual, porém um dos mais importantes. Somente as pessoas podem ser originalmente 'boas' ou 'más', e tudo o mais é bem ou mal unicamente na relação com as pessoas". O autor explica que a distinção é necessária para não se inverter as bases humanas (em que há inúmeros valores espirituais que se compõem em intrínsecos) de todo e qualquer ser humano, na universalidade de sua constituição, em atitudes de resposta aos valores instrumentais. Os atos têm um sentido de movimento que precisam retornar ao contexto humano e serem analisados diante de suas construções em que funções e encargos próprios de cada indivíduo se perpassam entre seres humanos e, não, entre seres materiais. E, para isso, é necessário a distinção entre responsabilidades individuais em sociedade na resposta de construção humana como um todo.

O ser humano tem uma dimensão individual, social e histórica. Portanto, a ética é um momento do processo histórico. É o momento em que as formas de estar na realidade são colocadas (entregues) e escolhidas. A história tem outro momento, que não é entrega nem escolha, mas transmitido biologicamente. Mas o que é transmitido pela entrega, isto é, o escolhido e o apropriado, não é o biológico, mas o ético. Se unirmos ambos os momentos, temos que dizer que a história é um processo de transmissão biológica e ética, isto é, bio-ética. É, por isso, que também se pode dizer que a história é a entrega dos modos "possíveis" de estar na realidade, e a ética é a "justificativa" da escolha de alguns modos em vez de outras. A questão que surge imediatamente para nós é, então, estabelecer o que são esses modos enquanto "possíveis". Neles, poderemos focar o tema da ética da vida em como o homem justifica esses modos 'possíveis' de estar na realidade, ou seja, até que ponto o homem 'responde' ou se torna 'responsável' pela configuração de sua vida (POSE, 2011, p. 153).

Por sua vez, ao se considerar as noções de saúde e vida mencionadas, até aqui, se admite "(...) um valor em si mesmo, desejável e alcançável em virtude do progresso humano, ligada mas não subordinada a interesses extrínsecos como o lucro, a utilidade material ou a salvação espiritual; e uma esperança, associada a objetivo jurídico-político: o direito a saúde" (BERLINGUER, 1996, p. 34). Por conseguinte, "a saúde e a vida são valores intrínsecos, porém são também valores instrumentais, quando se alocam a serviço de outras coisas" (GRACIA, 2011, p. 110).

Logo, a construção de valores se desenvolve em realidades concretizadas nos traços de caráter que se legitimam na própria apreensão sensível e intelegível que

estão em constante movimento no percurso que o determina através de suas variáveis. Dessa forma, ao considerarmos os avanços e retrocessos históricos que perduram nas realidades do cotidiano se identifica a importância de seus acontecimentos passados que se movem no presente e modificam o futuro.

Neste âmbito, há uma construção já efetivada para todos os povos e comunidades que se reflete na legitimidade humana de normas universais para o convívio humano nas mais diversas esferas institucionais que despontam pela história descrita, nos seus avanços e retrocessos à nível mundial, nacional, estadual, coletivo e individual. Portanto, é necessário referendar que as conquistas provenientes de um ordenamento pactuado nas diferenças e advindas de um processo histórico está em contínuo movimento e muitas já se transformaram em direitos a todos e estão caracterizados nos direitos humanos. Se por um lado, o desenvolvimento de uma linguagem moral para o bem comum de todos os seres humanos proporcionou o avanço moral; pois, se considerou que as pessoas possuem um ponto de partida e, a partir dele, se movimentam diante do, socialmente, construído. Por outro lado, a saúde e a vida se movimentam neste equilíbrio entre as construções de valores em que se abrange um direito histórico resultado do confronto às injustiças sociais e que, por isso, deve ser relacionado a “épocas e lugares” e os fatores que o integram. Vale dizer, que a existência de direitos fundamentais, não garante que a população consiga usufruir deles, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito universal à saúde. Assim, tais garantias precisam ser impulsionadas através de um movimento constante dos indivíduos e os diversos grupos em sociedade para que uma liberdade positiva seja instaurada. A história, já delineada, demonstrou que somente assim é possível não apenas a manutenção dos direitos adquiridos; mas, sobretudo a ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Ainda, quando Berlinguer (1996) destaca a importância das instituições na promoção da equidade, ele se refere às instituições públicas que são estabelecidas para assegurar condições adequadas de desenvolvimento humano; pois, os seres humanos ao percorrer um longo caminho de saberes, realidades e responsabilidades responderam a si e aos outros seres humanos, através de uma longa história, com muitas características que, por vezes, os posicionaram em diversidades genéticas, psicológicas e comportamentais perante fatores sociais e culturais (instrução,

trabalho, habitação, nutrição, entre outros) em um intercâmbio monetário. Assim, no enfrentamento das inequidades distributivas da saúde e da doença, já constatadas e averiguadas, diante das experiências humanas adquiridas se temperam a necessidade de se pautar na construção de valores espirituais em que a prioridade das necessidades básicas constitui o estabelecimento da dignidade humana e, ao mesmo tempo, a dignidade da pessoa – não sendo definido por uma unidade de objeto intercambiável como mecanismo instrumental de troca – efetivando as devidas composições de suas estratégias de implementação que possuem uma permuta com moeda de troca, ou seja, uma questão monetária e portanto, se reduzem a valores instrumentais.

Logo, o autor considera que as instituições públicas pertencem a um arcabouço de direitos e, também, possuem as suas responsabilidades para a trajetória de cada pessoa, sendo um dos elementos para movimentar o equilíbrio nos objetivos coletivos de uma população com inúmeros interesses coletivos e privados. Ao se posicionar frontalmente contrário à saúde como mercadoria, reflete que o objetivo comum precisa permanecer na interligação humana e no enfrentamento dos obstáculos construídos pelos seres humanos a outros seres humanos e aos próprios seres vivos e seres materiais. Para tanto, é preciso se requisitar para si e para o outro a equidade em processo de vida e morte. Em outras palavras, um sistema de saúde público é condição *sine qua non* para a equidade do acesso à saúde e a universalidade da assistência, além de que, seria o sistema que teria maior condição de contribuir para a garantia do direito à saúde, *i.e*, para a equidade em saúde.

Nosso ponto de chegada remete-nos ao ponto de partida, agora refletido no sistema de saúde brasileiro; e nos permite afirmar que o princípio da universalidade que está descrito na composição do sistema público de saúde está ligado à igualdade de acesso à assistência. Pois bem, se trata de uma igualdade que garantiria apenas o acesso igual nos serviços de saúde, portanto, muito aquém de promover a equidade como justiça social. Em vista disso, distinguir entre direito à assistência e direito à saúde, é fundamental para ter-se em vista que a ação pela equidade em saúde, precisa ir além dos movimentos por direito ao acesso à assistência. Devem-se chamar à responsabilidade as instituições e o Estado; mas, analisando que o Estado é reflexo das diversas conjunturas, da composição de forças sociais e políticas de cada momento, assim como as políticas públicas produzidas para o setor.

Ao se debater a equidade com princípio do SUS deve-se considerar que ele não se limita apenas à equidade na assistência, mas, sobretudo, devido à abrangência das suas ações e serviços ele se torna fundamental para a promoção da equidade em saúde que, por sua vez, depende do desenvolvimento das condições materiais assim como a justa distribuição dos recursos para atender as necessidades humanas. Portanto, o SUS, como componente do direito à assistência à saúde é condição fundamental para se alcançar a equidade em saúde, vale dizer, para se garantir o direito humano à saúde e à vida.

Essa distinção é importante já que o sistema público de saúde não é o único nem o fator principal que mantém ou melhora a saúde das pessoas e populações, mas quando esse “direito é negado” e diante de necessidades de saúde que dependem do acesso aos procedimentos específicos desse sistema há, também, uma negação proporcional ao direito à saúde, o que significa dizer que o direito à assistência é intrínseco ao direito à saúde. Sob esta ótica, ambos os direitos dependem das lutas sociais para que sejam cumpridos e/ou se conquistem. Por sua vez, a luta pelo direito à assistência, enquanto direito social, é um dos meios para se exigir o reconhecimento do seu cumprimento do direito à saúde, como direito humano. Portanto, se é necessário haver enfrentamento para se garantir os direitos, é porque há resistência de setores da sociedade em garanti-los.

Acreditamos que a distinção efetuada por Berlinguer (1996) - entre direito à saúde e direito à assistência - é essencial, porque revela as peculiaridades entre os direitos, da qual se pode aproximar nas diferenças entre equidade em saúde e equidade na assistência à saúde e, permitindo-nos distingui-la, esta última, da concepção de universalidade e igualdade do acesso aos serviços de saúde. Mais adiante, em *Bioética Cotidiana*, aprofundaremos essa análise para a equidade como valor ético.

Com efeito, Gracia (2011) e Berlinguer (1993) explicitam em suas produções textuais a necessidade de se aprofundar a relação liberdade e responsabilidade através de uma análise nas possíveis integrações em comercialização e exploração expressas pelos seres humanos em suas fortes ambivalências para a construção e a destruição, oriundas de interpretações.

A alegação de que valores intrínsecos não são medidos em unidades monetárias parece colidir frontalmente com a afluente realidade, na qual tudo é comprado e vendido, a tal ponto que parece que a única unidade de valor, tanto instrumental quanto intrínseca, é a monetária. Mas, assim que refletirmos, veremos que a coisa é mais complexa do que parece inicialmente. Dissemos antes que todas as realidades são apoios de valores intrínsecos e instrumentais. Isso faz com que muitas coisas com valor intrínseco sejam negociadas, não por causa de seu valor intrínseco, mas por causa do valor instrumental que elas possuem. Obviamente, isso acontece com todos aqueles que são definidos por seu valor instrumental, como acontece com todos os objetos técnicos. Mas isso também acontece com realidades que não são meros instrumentos técnicos e, portanto, não são definidas por sua natureza técnica, mas por seus valores intrínsecos (GRACIA, 2011, p. 110-111).

Em ambos, os autores, se constata um ânimo para detalhar que os seres humanos são o suporte dos valores intrínsecos mais elevados (como são a dignidade, a inteligência, entre outros), sendo o que os definem como pessoa e, portanto, não podem ser objetos de comércio. As implicações morais se direcionam na análise incessante de valorações que se move na vida cotidiana dos seres humanos ao longo da história e as (im) possíveis transferências aos seres materiais o espaço que define os seres humanos e seus valores espirituais. Por conseguinte, os aspectos fundamentais para a investigação moral que se propõe essa pesquisa envolve a ciência, a ética, o direito e a própria política que relacionam o processo de viver e morrer em realidades diversas, afetadas do real.

Assim, ao articular as ideias desenvolvidas por Diego Gracia (2010) com a Bioética da Responsabilidade e Giovanni Berlinguer (2004) através da Bioética Cotidiana se arguem a necessidade de se expandir os cuidados paliativos no Brasil, como estratégia para melhorar a qualidade de morte das pessoas com doenças crônicas degenerativas e em estágio avançado, sem excluir, ao mesmo tempo, o influxo entorno a eutanásia e o suicídio assistido nas suas peculiaridades. Em outras palavras, parafraseando Gracia (2010, p. 377) "(...) um mundo tão complexo como o atual necessita de personalidades conscientes de suas responsabilidades. Educar na responsabilidade, fazer que as pessoas tenham uma visão responsável do mundo e da vida. Este, é para mim, o grande compromisso pendente de nossas sociedades".

Ao abrangermos o exercício interno e externo da legalidade de uma ação se admite que não existem regras morais absolutas, isto é, regras ou normas que não admitam exceções. Portanto, Gracia (2010) não exclui a possibilidade da eutanásia em situações excepcionais. Entretanto, ele acredita que a eutanásia jamais poderia se converter numa regra ou como pretexto para se dispensar ou não permitir a expansão dos cuidados paliativos. Ao contrário, a regra deve ser os cuidados paliativos; a eutanásia a exceção. Isso implica que o não abandono, o não isolamento e a melhoria da assistência na finitude da vida deve ser o objetivo principal. Somente assim a eutanásia poderia ser vista no âmbito dessa assistência como uma alternativa ou escolha pessoal.

Berlinguer (2010) também não se opõe ao direito de livre decisão, todavia, defende a conexão com a justiça social – uma sociedade que garanta ao mesmo tempo as liberdades individuais – através de um sistema de saúde constituído no princípio da igualdade equitativa, isto é, que garanta o acesso universal e equitativo aos cuidados paliativos. Efetivamente, ambos os autores, nas suas abordagens bioéticas se empenham na reflexão de convergir liberdade individual com justiça social e defendem a universalização do acesso aos serviços de saúde e ao tratamento e cuidados, como sendo a melhor forma de superar os paradoxos, como vimos antes, que estão presentes nas teorias liberais e na ética biomédica de Beauchamp e Childress (2002).

Em suma, enquanto as produções textuais elaboradas e defendidas por Gracia (2010) na Bioética da Responsabilidade subsidiam o esclarecimento de elementos expressos na construção de valores mediante as discussões legislativas relacionadas a temática – processo de morrer e morte –, a Bioética Cotidiana desenvolvida por Berlinguer (2004) acentuará os temas que ocupam o espaço moral no contexto brasileiro numa noção de equidade social com liberdade e autonomia do processo de vida e morte em um sistema de saúde público. Nesta perspectiva, se enfatiza que o panorama que se traceja através dos projetos de lei, requerimentos, proposições de plebiscito e audiência pública e discursos em plenária no legislativo brasileiro busca, apenas, ampliar o diálogo para o cerne dos questionamentos, as conquistas humanas, revertendo as pessoas o agir moral diante das inúmeras realidades concretas. Por conseguinte, as legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade se implicam na pesquisa pelas ponderações de

aspectos importantes e universais na construção de valores de todo ser humano na relação de si e em sociedade.

Assim, como nossos autores, acreditamos que somente por estes caminhos, os cuidados paliativos poderão se transformar na regra para o bem morrer, e possivelmente a eutanásia regulamentada, em exceção, vale dizer, como direito de escolha quando e como morrer. Estes referenciais serão, então, o suporte bioético de análise e interpretação dos dados de pesquisa, que sem dúvida nos possibilitará discutir o problema de pesquisa, que não se esgota aqui, e apontar questões que ainda precisarão ser estudadas ou aprofundadas.

6.1 Bioética Cotidiana

Efetivamente, a bioética, tal como discorrida pelo bioeticista Giovanni Berlinguer na sua obra *Bioética Cotidiana*, é um marco para refletir, com profundidade, sobre os problemas cotidianos que afetam negativamente a vida das pessoas, muitas vezes, de forma velada.

Ao passo que situa a bioética cotidiana no vasto campo da bioética, o autor argumenta, que “a saúde e a doença é, para todos, um campo universal de experiência, de reflexão e até de escolhas morais” (BERLINGUER, 1996, p.16). Neste percurso,

À medida que as dinâmicas da população e as decisões individuais e coletivas, que influem sobre elas, transformam-se em objeto não apenas de análises e previsões estatísticas, mas também de **avaliações morais**, emergem crescentes divergências de interpretação e exigências de aprofundamento (BERLINGUER, 2004, p.65, grifo nosso).

Com essa constatação, o autor, nos aponta duas questões importantes no desenvolvimento de nossa sociedade, sobre as quais a bioética cotidiana põe-se a refletir. Por um lado, identificam-se os desafios – diante dos acontecimentos atuais, tais como migrações, relações de gênero, escassez de recursos, entre outros. –, da esfera pública e da política, de apropriar-se das normas éticas fundamentais. Por outro lado, constata-se as questões sobre as escolhas individuais – que estão interligadas

ao princípio da autonomia e da responsabilidade, como as decisões na finitude – em que o processo de vida e morte se apresentam cada vez mais condicionados pelos avanços das técnicas relacionadas às ciências biomédicas e às estruturas econômicas (Cf. BERLINGUER, 1993, 1996, 2004, 2010). A seguir, abordaremos, parcialmente, essas duas questões. Primeiramente, a relação na noção de equidade como justiça social e o direito à saúde e; em seguida, um processo de tomada de decisão na finitude de um viver.

6.1.1. Justiça e equidade

Quando autores críticos se debruçam sobre a análise dos serviços e sistemas de saúde, geralmente, eles constatam que muitos critérios adotados no setor de saúde são consoantes com o princípio da utilidade social em que o justo deve ser a alocação de recursos que proporcionem maiores benefícios, isto é, mais saúde ao maior número de pessoas. Noutros termos, no que se refere à gestão e organização dos sistemas de saúde, o princípio utilitarista é predominante, enquanto na assistência propriamente dita, o princípalismo e a deontologia é que reina. Quanto ao aspecto utilitarista dos sistemas de saúde, se adverte, a possível soberania assumida pelos valores instrumentais que direcionam as ações de saúde pública. Conforme descrito por Fortes (2004), tais ações quando guiadas quase que exclusivamente pelo binômio custos/benefícios, desconsiderando as condições dos beneficiados, podem resultar em discriminação de necessidades de menor prevalência e de grupos humanos minoritários. Portanto, ao se contrapor à aceitação acrítica de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou toleráveis, é preciso compreender que, mesmo com recursos limitados, desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas no princípio da equidade e na responsabilidade social, e não baseadas somente no princípio da eficiência econômica.

Neste contexto, Giovanni Berlinguer não somente teorizou; mas, também participou ativamente de transformações ao bem comum, enquanto militante político e social. Nesse sentido, o conceito de equidade em saúde é central no seu pensamento e ação militante. Para o autor, a noção de equidade em saúde, deve ser considerada, principalmente, na área das questões da justiça distributiva, ou seja, de um critério normativo particular com o qual se pretende enfrentar as questões da

distribuição dos recursos em saúde. Dessa forma, as iniquidades em saúde compreendidas como as diferenças desnecessárias, evitáveis, reprováveis e injustas podem ser enfrentadas no âmbito moral e legal (BERLINGUER, 1993).

Portanto, de forma ampla, a noção de equidade compõe um princípio ético que tem relação direta com os princípios de igualdade e de justiça. Desde Aristóteles passando “pelos juristas romanos”, a equidade é vista como um “apelo à justiça com o objetivo de corrigir a lei em que a justiça se expressa” (ABBAGNANO, 2012, p. 396). Para Aristóteles (1979) há casos de disparidade entre justiça e lei. A razão disso é que toda lei é universal e algumas vezes sua aplicação é difícil ou impossível, em certas situações. Nesses casos, a equidade é chamada para corrigir a justiça legal que não é legalmente justa (EN, 1137b 10 e 25). Diz Aristóteles (1979):

O equitativo é justo, superior a uma espécie de justiça – não à justiça absoluta, mas ao erro proveniente do caráter absoluto da disposição legal. E essa é a natureza do equitativo: uma correção da lei quando ela é deficiente em razão da sua universalidade (...), motivo por que nem todas as coisas são determinadas pela lei (EN, 1137b 25).

De fato, a equidade é um dos princípios doutrinários que vem sendo, gradativamente, incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas devido ao caráter de universalidade das legislações, mas também pelos vazios ocasionados pela lei ou onde não pode, por ela, ser determinado. A Lei 8.080, por exemplo, fala de universalidade do acesso e igualdade da assistência; mas não define que numa emergência hospitalar ou numa UBS, todos devem ser atendidos concomitantemente – o que seria um absurdo – ou que alguns devem ser atendidos primeiro. Caso típico em que a equidade pode ser chamada a intervir.

No âmbito da ética das virtudes de Aristóteles (1979), a equidade é vista como uma virtude e, quem a pratica, é um homem virtuoso. Ou seja, aquela pessoa que, mesmo quando a lei determina, por exemplo, uma distribuição igual para os diferentes, toma menos para si em relação ao outro em desvantagem. É o que afirma Aristóteles sobre o homem equitativo: “o homem que escolhe e pratica tais atos [de equidade], que não se aferra aos seus direitos em mau sentido, mas tende a tomar menos do que seu quinhão embora tenha a lei para si, é equitativo; e essa disposição de caráter é a equidade, que é uma espécie de justiça (...).” (EN, 1138a 35).

Berlinguer (1996) ao “aprofundar aspectos éticos e conceituais relativos à justiça” afirma que, mais que referir-se às teorias da justiça de Aristóteles prefere assumir o conceito de equidade (fairness), que está nas teses de John Rawls, pois nesse autor as instituições têm papel fundamental no exercício da equidade. De acordo com Berlinguer,

Uma das polêmicas de Rawls, voltada contra os que consideram a injustiça inevitável (...), é baseada no reconhecimento das diversidades: ‘a distribuição natural não é justa nem injusta; nem é injusto que os homens nasçam em condições particulares no âmbito social. Esses são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é a forma pela qual as instituições tratam estes fatos (A Theory of Justice, 1971)’. As instituições podem na verdade optar por ampliar as condições mais vantajosas, ou então reduzir os danos das condições mais desfavoráveis (BERLINGUER, 1996, p. 86).

De fato, é importante avançar para além da concepção de equidade como atributo do caráter das pessoas; alcançar a equidade significa atribuir responsabilidades, sobretudo, às instituições. E foi nesse sentido que surgiu a discussão da equidade em saúde.

De acordo com Berlinguer (1996), um relatório da OMS redigido por Margaret Whitehead em 1990, sobre a temática da justiça, atribui o caráter de iniquidade às diferenças em saúde que têm duas características em comum: que são desnecessárias e evitáveis e que são consideradas reprováveis e injustas. Segundo Escorel (2008), a definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen, a teoria da justiça mais influente neste século, ao definir a justiça como equidade.

Sabe-se que, Giovanni Berlinguer é adepto da Teoria da Justiça de John Rawls, atualizada em 1982, “em parte para tornar claro o que estava ambíguo, mas também para responder algumas críticas” (SEN, 2001, p. 129). Segundo Amartya Sen (2001, p. 129-130),

Rawls expressou esses princípios da seguinte forma:

1. Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.

2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens.

Sen (2001, p. 130) destaca que “a ‘igualdade equitativa de oportunidades’ recebe uma ênfase renovada”. Este princípio foi desconsiderado por Whitehead ao afirmar que “não devem ser consideradas injustas as diferenças devidas: a) a variáveis naturais, b) a comportamentos prejudiciais à saúde, se escolhidos deliberadamente” (BERLINGUER, 1996, p. 85). Ao passo que Whitehead naturaliza as variáveis naturais e considera a liberdade individual como sendo absoluta, Giovanni Berlinguer critica essa afirmação do relatório da OMS por estar em descompasso com esta teoria. De acordo com Berlinguer (1996, p. 85) a responsabilidade em manter e promover a própria saúde pode ter dois significados: “pode ser sinônimo de consciência, meticulosidade, empenho, mas também culpabilidade. No campo da saúde prevalece frequentemente a segunda interpretação”. Sobre as “variáveis naturais”, Berlinguer (1996, p. 86-87) contesta argumentando que

A vida e a saúde, em resumo, podem ser prejudicadas desde o início da existência por uma ‘arbitrariedade moral’ que escapa às escolhas individuais e às decisões coletivas, porquanto se manifesta no próprio ato do nascimento. Com o nascimento, na verdade, vem ao mundo indivíduos diferenciados quanto ao fenótipo e genótipo. Sua diversidade e imprevisibilidade constituem a infinita riqueza da espécie humana, mas forma a base das iniquidades. Essas iniquidades podem depender de doenças ou predisposições genéticas, das condições materiais que cercam a gravidez e o parto, e ainda muitas vezes da família, do local e da classe social na qual se vem e se cresce no mundo.

Para Berlinguer (1996), concordando com a teoria da justiça de Rawls - a qual pretende unificar liberdades individuais e igualdade social (princípios da justiça 1 e 2, respectivamente) - somente a igualdade equitativa, *i.e.*, a qual pressupõe a igualdade de oportunidades, pode retirar o caráter de injustiça daquilo que Whitehead considerou injusto por si só. Nesse sentido, para Berlinguer (1996, p.85) seriam injustas as diferenças que derivam de: “comportamentos insalubres, quando a escolha

do próprio estilo de vida é limitada; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e insalubres; e, acesso inadequado aos serviços de saúde essenciais”.

De acordo com Berlinguer (2004) o conceito de igualdade foi utilizado em muitas experiências históricas para legitimar uma tendência à uniformidade, uma negação do valor das diferenças entre os indivíduos, os gêneros, os povos; e seu oposto, a desigualdade, não permite separar claramente o que é originado por condições naturais ou por comportamentos escolhidos livremente daquilo que depende de fatores sociais e assim implica uma avaliação moral de bem/mal, certo/errado. Para este autor,

O conceito de equidade, ao contrário, engloba o critério descritivo, sugere uma análise distintiva das causas, considera as omissões e as ações humanas capazes de ampliar ou de reduzir as diferenças, põe em jogo, com as oportunidades, a aquisição das capacidades aptas a atingir uma finalidade (Amartya Sen) (BERLINGUER, 2004. p. 27).

Por conseguinte, o direito à saúde não pode ser conquistado pela igualdade e universalidade, mas sim na conjugação destes com a equidade, pois esta última é condição para a igualdade substancial.

Em suas obras, o sanitarista italiano destaca que é possível aprimorar o processo que estabelece a saúde em um valor em si mesmo - um valor intrínseco - ao restituir aos seres humanos a sua constituição em que as diversidades genéticas, psicológicas e comportamentais de um indivíduo ou grupos humanos, sobretudo relacionados a fatores sociais e culturais como a instrução, trabalho, habitação e nutrição são os componentes que determinam a saúde e precisam ser considerados na construção de um sistema de saúde público equânime (Cf. BERLINGUER, 1996). Todavia, esse valor deve ser expresso em direito à saúde ao acesso aos serviços de saúde. Essa distinção é essencial e foi bastante discutido por Berlinguer (1993; 1996) em muitas de suas obras.

Com base nesse autor, podemos dizer que o direito à saúde, por sua vez, está compreendido no âmbito dos direitos humanos e, portanto, trata-se de um direito relacionado a valores universais: a saúde e a vida; isto é, ele deve ser válido para todos os povos e comunidades. O direito à assistência, em contrapartida, na medida em que está ligado ao direito à saúde, se situa mais na esfera dos direitos sociais. Ele

é um direito histórico resultado do confronto às injustiças sociais e que, por isso, deve ser relacionado a “épocas e lugares”. Em outras palavras, a materialização do direito à saúde que é a-histórico, atemporal, se expressa no direito ao acesso aos serviços de saúde e a todos aqueles “fatores culturais e sociais” que de acordo com Berlinguer (1993) são essenciais para a promoção da saúde. Sua concretização e promoção, depende das lutas sociais que a reivindica como direito.

Para Berlinguer (1996), o caminho para redução das iniquidades em saúde é a equidade, mediante a oferta de igualdade de oportunidades e remoção de obstáculos que não possam ser superados por meio da vontade e das atitudes pessoais. O autor destaca a importância da equidade na saúde frente às limitações da universalidade, considera os aspectos subjetivos presentes em cada pessoa e a importância de construir estratégias de superação dos obstáculos apresentados no cotidiano, que privam o bem-estar, ou seja, o estar bem das pessoas.

Assim, Berlinguer (2004) ressalta que a equidade é um princípio de justiça social e que é importante refletir sobre a existência de estratificação da sociedade e a sua relação com a definição de injustiça, pois o fato de as pessoas terem alternativas diferenciadas para a realização de seus interesses, segundo as relações sociais que possuem, caracteriza a injustiça. Com base na concepção do autor sobre a importância de intervenções nos determinantes sociais da saúde para se alcançar a equidade na saúde, acreditamos que se conseguirmos respeitar a singularidade dos sujeitos e, com sensibilidade ética e política buscar mudanças da vida cotidiana em nível social e econômico, é possível a construção de um sistema de saúde resolutivo aos problemas de saúde da população, isto é, capaz de satisfazer as necessidades de saúde com equidade. Como forma de contribuir com este desafio, precisamos assumir o compromisso por um movimento bioético pela equidade em saúde que se transforme em ações concretas na realidade e que repercutam nos modelos assistenciais, com reflexões e transformações nas redes de assistência rumo à universalidade.

6.1.2. Processo de tomada de decisão na finitude

Para Berlinguer (2004, p. 67) inúmeras “palavras são impregnadas, além dos seus significados descritivos, de valores e desvalores, isto é, de atributos morais”, sendo que as questões cotidianas, necessariamente, são situações persistentes. Em

outras palavras, situações que se persistem desde a Antiguidade dizem respeito à exclusão social, às discriminações de gênero, raça, sexualidade e outras, aos temas da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde, à atenção às crianças e idosos, aos direitos humanos e à democracia, de modo geral, e suas repercussões na saúde e na vida das pessoas e das comunidades (PORTO; GARRAFA, 2011).

Assim, os processos de tomada de decisões relacionados ao estágio final de uma vida, atualmente, estão adquirindo nas mais diversas realidades outros contextos situacionais em que os questionamentos morais ocupam um espaço nas situações persistentes e de difícil resolução por elementos já mencionados, nos capítulos anteriores (crença, cultura, estigmas, tecnologia, entre outros).

Nessa perspectiva, é importante destacar, sob a ótica da bioética cotidiana, o processo de morrer e a morte que durante décadas sofreu transformações sobre a sua essência e os seus valores com influência dos sistemas de relações dos seres humanos proporcionando reflexões com uma grande relevância moral. Isso teve como consequência, nos dias de hoje, no direito de decidirmos - embora ainda dentro de determinados limites - sobre as intervenções a serem feitas no próprio corpo, relacionadas com o processo de saúde-doença, bem como com a vida e a morte. Ora, quem não conhece no âmbito da saúde e doença a clássica relação entre a pessoa doente e o médico através do direito ao consentimento informado, em que a pessoa doente, em princípio, é aceita como proprietária do seu corpo e responsável pela sua vida e morte. Em decorrência disso tudo, configurou-se o reconhecimento de um novo direito, que é

Aquele de conhecer a si mesmo (e às próprias doenças, quando identificadas pelo médico) e de decidir o próprio destino, com base no reconhecimento prático do conceito de autonomia pessoal. Por exemplo, a expressão 'consentimento informado' agora também reconhecida nos códigos de deontologia médica, tende a superar o paternalismo, que confiava unicamente ao médico a informação e a escolha do tratamento. A expressão implica também, além do direito elementar de ser tratado, o direito de pedir e obter a suspensão dos tratamentos, de poder se opor a toda terapia não aceita ou à tenacidade terapêutica; e enfim, até mesmo de ser deixado morrer (BERLINGUER, 2004, p.87).

Na medida em que os cuidados em fim de vida foram se desenvolvendo, começou a ocorrer uma preocupação crescente com os problemas cotidianos relacionados ao processo de morrer e a morte, principalmente a relação dos recursos terapêuticos, oriundos dos avanços das ciências biomédicas e do sofrimento intolerável vivenciado por muitas pessoas em fase final de vida. Houve um despertar para os questionamentos sobre os limites da medicina sobre o ser humano, até que ponto é possível viver com um sofrimento intolerável? A partir de uma doença avançada em estágio terminal, irreversível e diante de um sofrimento intolerável, que tipo de vida ainda existe? Qual a sua qualidade? Diante de uma perda da qualidade de vida e, por conseguinte da dignidade humana podemos ainda defender a inviolabilidade do direito à vida?

Em face destes questionamentos, muitos debates foram e estão sendo feitos sobre a eutanásia voluntária e o suicídio assistido, pois a refutação de procedimentos fúteis por pessoas em estágio terminal de uma doença e com um sofrimento intolerável está se desenvolvendo devido a muitos fatores, tais como “a superação da concepção da vida como dom supremo de Deus, a afirmação do princípio da autonomia do indivíduo, a reação diante do sofrimento dos doentes terminais e das inúteis torturas médicas que muitas vezes acompanham o óbito” (BERLINGUER, 1996, p.17).

Não há dúvida que a eutanásia é um tema que apresenta muita densidade ética, pois mesmo que se estivesse discutindo apenas um caso de eutanásia, esse diálogo é sobre tomadas de decisões sobre a vida e a morte, sendo um momento único para cada pessoa e a bioética como parte integrante do “reconhecimento da pluralidade moral da humanidade e, conseqüentemente, da ideia de que diferentes crenças e valores regem temas” como esse, tornou-se necessário a sua inserção para a reflexão dos conflitos cotidianos, que são comuns a todos os profissionais que realizam cuidados a pessoas em fim de vida (DINIZ, GUILHEM, 2005, p. 67).

Em suma, no sentido de apoiar o debate sobre os avanços dos cuidados paliativos na sociedade brasileira e, em consequência, o direito das pessoas de serem adequadamente assistidas em fim de vida por um sistema de saúde que lhe proporcione uma morte digna, respeitando a laicidade - e não o laicismo – a bioética cotidiana é fundamental em nossa pesquisa, para analisarmos e compreendermos os

fundamentos morais que permeiam o debate no legislativo brasileiro sobre a eutanásia e o suicídio assistido, e sua relação com os cuidados paliativos.

6.2. Bioética da Responsabilidade

Como descrito por Diego Gracia (2010), uma das tarefas da bioética, enquanto ética aplicada, é situar a relação de direitos e deveres dos profissionais de saúde, no nível contemporâneo – que remonta ao juramento hipocrático e à ética deontológica – fazendo “justiça à realidade em toda a sua complexidade, tendo em conta todo o contexto, tanto histórico, o social e o cultural como o individual” (GRACIA, 2010, p. 239-240). Inclusive, ponderando as tendências e os condicionantes na dependência da liberdade humana (e a responsabilidade) na determinação de uma vontade racional no processo de morrer, isto é, a participação compartilhada e ativa nas tomadas de decisões terapêuticas interpessoais. Ao passo que o autor desloca as suas bases da bioética do princípalismo para a axiologia se amplia a noção de valores espirituais.

Se a primeira foi uma ética da **virtude** e do **vício** e a segunda uma ética do **direito** e do **dever**, esta terceira quer ser uma ética da **responsabilidade**. Responsabilidade por tudo e por todos, pela razão, mas também pelas emoções, pelos desejos, pelos valores, pelas crenças etc. Responsabilidade pelos outros seres humanos e pelas tradições, pela natureza, pelo futuro. Responsabilidade sobretudo pela situação concreta, portanto pelas circunstâncias e pelas conseqüências do ato que estejamos decidindo ou sobre o qual tenhamos de decidir (GRACIA, 2010, p. 339, grifos nosso).

Em Pose (2011, p. 52) se observa que “a responsabilidade se eleva neste tempo presente em critério de moralidade”, ou seja, se reconhece a necessidade de identificar as diversas valorações realizadas em um processo de tomada de decisão com os envolvidos em uma situação, através de suas dimensões morais, que estão interligadas a outros valores intrínsecos (ontológicas, sociais, jurídicas, lógica, estéticas e instrumentais). A propósito, Scheler (2012, p. 150, grifo do autor) argumenta que existem distinções importantes, neste âmbito, a serem expressadas; pois, “à medida que uma sociedade tende para a realização dos mais altos valores objetivos, a questão de saber quem os realizará passa para um segundo plano, por mais que ela se aplique a cada um”. Em outros termos, essa mudança já apresenta

uma transformação no equilíbrio de valorar e realizar perante a realidade efetiva e histórica da vida.

Isso dito e não esquecendo as diferenças de ideias de Zubiri e Scheler,

(...) o bem é sempre uma condição da realidade. O bom não são os valores, senão a realidade enquanto encarna ou incorpora valores. Nisso, embora ele não pareça estar ciente disso, Zubiri coincide completamente com Scheler. A ética é sempre prática, consiste em fazer ou não fazer, realizar ou não realizar, em fazer realidade. E a realização de valores é o bem. O bem não é o valor, ou ao menos não o é em paridade com todos os demais, mas o valor realizado (GRACIA, 2011, p. 81).

Neste aspecto, Gracia (2011), esclarece que a apreensão da realidade do ser humano possui momentos que o estruturam e o descrevem na inteligência senciente em resposta à atividade humana que se projetou na sua existência e o atualizou. Inclusive, a sua relação humana em sociedade que se desenvolve com elementos universais e característicos a todos os seres humanos possui uma análise de parâmetros intransponíveis no campo da ação prática coletiva e individual que interliga as realidades.

Os valores pedem sua realização, mas também sua justificativa com a natureza das coisas e as consequências previsíveis; pois, – não se pode deixar de observar através de Zubiri (2011, p. 129) – “para que os conceitos sejam conceitos de realidade, devem apoiar-se intrínseca e formalmente na realidade sentida. Vale dizer, que “a legitimidade busca que as normas, além de legais, sejam justas, de modo que se consideram ilegítimas todas aquelas que são injustas, por mais que se consideram legalmente promulgadas” (GRACIA, 2016, p. 99).

Convém lembrar que a linguagem dos valores e direitos apesar de estarem relacionadas possuem as suas distinções e, necessariamente, um percurso. A ênfase, neste momento, é explicitar que as expressões jurídicas de certos valores colaboram para o delineamento positivo e/ou negativo das ações coletivas e individuais em sociedade. Não se pode desconsiderar, a complexidade entre os valores espirituais e seus condicionantes que se estabelecem em valores instrumentais, estéticos, lógicos, jurídicos, sociais, ontológicos, morais e religiosos. Assim, a reflexão entre saberes e

realidades necessitam sempre de uma reflexão pautada nesta construção em características que são inerentes a todos os seres humanos.

Em outros termos, as características fundamentais que constituem o ser humano estão descritas, ao longo da história, em uma interligação em normas religiosas, jurídicas, sociais e morais que atuam de maneiras diversas no percurso da ação realizada. Por sua vez, ao se voltar à propriedade constitutiva de cada ser humano se constata que a atividade de resposta humana se delinea, gradualmente, na inteligência senciente ao se assumir os próprios atos diante de si e o outro em interação, mutuamente, humana e, por fim, universal.

Neste âmbito, parafraseando Scheler (2012, p. 91, grifos do autor) “o universo é uma grande cadeia dinâmica de uma unidade espiritual, que vai das coisas iniciadas a partir do *Ser da prima matéria* até o homem”. Ao passo que se desenvolve a pessoa, projetos de vida são construídos nas preferências de escolhas que podem ser determinadas por variantes que se impõe. Assim, ao partir do contexto, circunstâncias e consequências previsíveis em que se descreve os fatos, valores e deveres que se transformam em uma ação coletiva e individual pressupõe um avanço moral.

Ao se valer, da ética material de valores desenvolvida por Max Scheler (2012), em que parâmetros e critérios são estabelecidos para delimitar a moralidade e a humanidade em ações construtivas e não destrutivos na totalidade de seu desenvolvimento no mundo de valores se estrutura em um ordenamento construído e refletido em características evolutivas que os estimulam e impelem a racionalidade, a sensibilidade e os limites de força e potências adquiridos em liberdade.

No entanto, para todas as espécies de atividades espirituais mais elevadas (sejam essas científicas, filosóficas, estéticas, artísticas, religiosas, morais) voltadas para o grupo valorativo que denominei em minha ética ‘valores espirituais’, a visão de mundo natural do homem⁷¹, por um lado, e o ente e o que é valoroso dados nela, por outro, formam o ponto de partida conjunto (SCHELER, 2015, p.115).

⁷¹ Assim como respectivamente o ‘comportamento’ (querer, agir etc.) e do mesmo modo a ‘postura valorativa natural’.

Dessa forma, o autor, concebe ao Espírito uma potência, que longe de se posicionar numa relação de hostilidade e de luta com as outras forças que o estruturam se movem para a conexão elementar entre atos e objetos que o determinam.

O grande teórico do suporte axiológico foi Max Scheler. Os valores instrumentais são sustentados por tudo que tem matéria, da natureza inorgânica aos seres humanos, embora sejam mais característicos das coisas do que das pessoas. (...). Existem outros valores que apenas os seres vivos podem suportar. (...). Finalmente, existem valores que só podem ser sustentados por pessoas, seres humanos. É o caso dos valores morais (GRACIA, 2011, p. 135).

Nas dimensões de categorias de análise, Scheler (2012) alega que

O homem necessita, por ser o tipo biologicamente mais estável do reino animal, criar para si uma civilização; por isso e pelo fato de que suas potências mais nobres se utilizam das forças inferiores até às forças da natureza inorgânica. Mas isto, contudo, apenas sob estes limites, isto é, até o ponto em que esta construção serve como instrumento para a vida maior. Não é a avaliação positiva de um instrumento que é o problema, mas a aceitação de um instrumento com o mesmo valor de um órgão (SCHELER, 2012, p. 180).

Diante da necessidade de agir, prudentemente, em situações diversas e buscando respeitar os valores morais de todos os envolvidos no processo de tomada de decisão ética, se propõe a necessidade de se deliberar para construir soluções razoáveis aos processos em vida. Visto que,

Apenas um relaxamento do domínio da vida sobre a matéria, do domínio do espírito e, mais adiante, do domínio da vontade por sobre o automatismo na vida, teve a potencialidade de tornar a devida e a expansão do ponto de vista mecanicista acerca do mundo, bem como a avaliação que lhe corresponde e que ele cria, compreensível em sua última instância (SCHELER, 2012, p. 181).

Para o autor, os valores éticos, em geral, são, em primeiro lugar, valores cujos depositários nunca podem ser dados como objetos (originalmente), porque estão na pessoa (e no ato) e, portanto, uma pessoa nunca pode nos ser dada como um objeto, nem, igualmente, como um ato. Assim que objetivamos um homem de alguma maneira, o repositório de valores morais necessariamente nos escapa,

Como já dissemos muitas vezes, a avaliação começa por ser subjetiva, mas por meio de nossos atos ela é objetivada, de tal maneira que a dignidade também se torna objetiva nas estruturas sociais e culturais. Do mesmo modo que pessoas, leis, usos e costumes sociais podem ser mais ou menos dignos, na medida em que incorporam e expressam respeito pela dignidade do ser humano. A dignidade, como qualquer outro valor, é construída e destruída. E a construção da dignidade é feita através dessa qualidade dos atos humanos que chamamos de respeito (GRACIA, 2016, p. 30).

Assim, o autor, reforça a necessidade de se respeitar a especificidade moral dos problemas humanos – não reduzindo a um único valor – a complexidade do desenvolvimento de pessoa enquanto pessoa para posicionamentos normativos absolutos e imutáveis; tais como se pratica, por vezes, entre ética e religião, bem como na ética e lei ou na ética e técnica.

Com efeito, desvelar essa relação é fundamental para se compreender o papel da religião e a função da moralidade e da ética e, por conseguinte, afastar o rigorismo de normas absolutas advindas da religião. Ao fazê-lo, Gracia (2010) constrói – como estamos mencionando, a seguir – a sua concepção sobre a relação entre fatos e valores.

6.2.1. Ética e religião

Para compreender a relação entre ética e religião, Gracia (2010) começa afirmando que o problema metaético que lhe interessa é o da teonomia. “Denomina-se assim o sistema moral que considera que as normas morais se fundamentam diretamente nos mandamentos divinos: portanto, que Deus é o fundamento direto da norma. Supõe-se por isso, que todas as éticas religiosas são teônomas” (GRACIA, 2010, p. 180). Entretanto, o autor adverte que:

Esse termo não tem sentido algum se não é definido, e minha opinião é que ele recebeu diferentes definições ao longo da história, três delas pelo menos, que denominarei, respectivamente, teonomia religiosa, ou teônoma, teonomia teológica, ou heterônoma, e teonomia filosófica, ou autônoma. (...) Um sistema moral pode ser teônimo no primeiro sentido e não no segundo ou no terceiro, ou pode sê-lo nos dois primeiros, mas não no terceiro, ou pode ser teônimo nos três (GRACIA, 2010, p. 148).

Para explicar as relações da teonomia, heteronomia e autonomia, Gracia (2010) faz uma incursão histórica sobre a relação entre ética e religião, fazendo as seguintes definições: a **teonomia religiosa ou teônoma** é aquela que considera que as normas morais vêm diretamente dadas pela divindade e impostas por ela de modo incondicional, de forma que somente os mediadores sagrados podem interpretar sua aplicação. Nessa época, os sacerdotes eram os intérpretes dos preceitos do direito divino. A **teonomia teológica ou heterônoma** surge, quando se começa a fornecer uma interpretação propriamente racional da revelação, mesmo que na base de todo o processo se situe a fé no depósito revelado. De acordo com o autor, a teologia surge privilegiadamente quando se institucionaliza a razão como mediação interpretativa dos dados revelados. Desse modo, na teonomia teológica ou heterônoma, fé e razão se complementam, ou, dito em termos morais, a teonomia e a heteronomia não só não são contraditórias ou incompatíveis, mas, muito ao contrário, resultam complementares, necessitando-se e complementando-se mutuamente. A **teonomia filosófica ou autônoma** surge com a filosofia moderna. As éticas autônomas foram estabelecidas por filósofos cristãos em alguns casos, judeus em outros. Como é o caso de Descartes, Spinoza, Leibniz, Kant e de tantos mais. Todos eles acreditavam ser possível compatibilizar sua nova interpretação da ética com sua religião de modo que os sistemas de justificação moral por eles elaborados, contém ainda, resquícios de teonomia, o que as caracterizaria como teonomia filosófica ou autônoma (GRACIA, 2010). Em outras palavras, ainda encontraremos em tais sistemas, Deus como pressuposto. As éticas autônomas lograram uma primeira plenitude na época do idealismo alemão, por intermédio de Kant, Fichte, Shelling e Hegel. Todos eles, cristãos protestantes, consideravam que a ética autônoma era não somente compatível com seu cristianismo, mas a ele consubstancial (GRACIA, 2010, p. 193).

Face à relação entre ética e religião e à distinção, ou melhor, à contraposição entre experiência religiosa e moral, Diego Gracia, propõe um **projeto de uma autonomia religada** a partir das ideias desenvolvidas por Xavier Zubiri (2011) e Max Scheler (2012, 2015, 2017). Isto é, da “religação” do homem à realidade, da qual decorrem a obrigação e as responsabilidades morais (GRACIA, 2010, 2011, 2016). Neste projeto, o autor elenca algumas premissas que o levam à seguinte conclusão:

A religião, pois, está na origem e está no final, no término. O que não quer dizer que tenha de estar no meio, ou que todos os seus modos de intervir no meio sejam ou devam ser considerados corretos. A ética tem sua especificidade e sua autonomia próprias. Não as respeitar supõe tanto como perverter não só a ética, mas, o que é tão ou mais grave, também a religião (GRACIA, 2010, p. 214).

A proposta de *autonomia religada* de Gracia, que surge da sua compreensão do “problema metaético teônimo”, contém dois argumentos fundamentais da sua bioética: que fatos e valores são distintos, mas não contrapostos e que experiência moral e experiência religiosa são, não apenas distintas, mas contrapostas (GRACIA, 2010). Sobre tais premissas, Gracia (2010) afirma que os sentidos têm de ser educados para ampliar nossa capacidade de perceber e identificar os signos clínicos e as notas que se tornam concretas na relação humana de vida. Por sua vez, a apreensão da realidade de um ser humano possui os seus condicionantes e tendem a se concretizar no enfrentamento das situações cotidianas que o afetam pelos fatores que o impulsionam e, ou, o submetem a uma imposição que se torna uma prioridade na sua constituição e, dessa maneira, analisar e identificar dados clínicos em sua complexidade, exigem um esforço de reflexão contínuo; pois – como já explanamos – os valores não podem ser apreendidos exclusivamente pela percepção, mas sim pelo processo de estima ou de apreciação após percebermos o fato.

Portanto, sobre a percepção se apoia sempre e necessariamente a estimativa e sobre os fatos se apoia os valores. Não obstante, dizemos que fatos e valores não se identificam, que são distintos, o que explica que pessoas com uma grande sensibilidade para identificar fatos clínicos sejam extremamente obtusas no manejo dos valores. Isso se deve, obviamente, a que, enquanto é necessária uma educação dos sentidos para perceber certos fatos, como os clínicos, é necessária também uma educação especial para lidar com certa precisão com o mundo do valor. Trata-se de uma educação de nossa faculdade estimativa, o que está muito unido, como já dissemos, ao mundo das emoções e dos sentimentos (GRACIA, 2010, p. 112).

Tais pressupostos éticos, principalmente sobre os fatos e os valores – como coisas distintas, mas não contrapostas – são fundamentais na proposta de deliberação moral, como técnica – para o avanço humano em sociedade. Na concepção do autor, assumir atividades humanas embasadas no respeito mútuo e

diálogo constante contribuem para o desenvolvimento coletivo e individual no mundo dos valores em que o exercício moral – de justo e injusto, do bem e mal, entre outros – se expande para outros traços de carácter justapostos no percurso e ordenamento axiológico em realidades diversas. Pode-se dizer que os fatos e valores são interdependentes, pois fazemos juízo moral de acordo com a nossa capacidade de apreciar e estimar os fatos; mas só estimamos os fatos que percebemos e, neste aspecto, se pode avançar (GRACIA, 2010).

Além disso, Gracia (2010) trata com rigor a relação entre moral e religião – bem como, as relações entre ciências (técnicas) e ética, direito e ética; já discutidos, anteriormente – e o que para nós é essencial para analisar as questões bioéticas relacionadas ao fim da vida. Ele afirma o carácter “originário” e “irredutível” tanto da experiência religiosa como da experiência moral.

E isso pela razão de que, se qualquer dessas duas experiências não fosse originária, e pudesse, portanto, reduzir-se a outra, haveríamos então dissolvido um dos termos, o de religião ou o de ética, no outro. (...) A experiência religiosa é a experiência do dom ou da graça, tanto quanto a **experiência moral** é a experiência do mérito, do que alguém merece em virtude do princípio da **reciprocidade** e, portanto, dos **deveres e dos direitos nas relações inter-humanas** (GRACIA, 2010, p. 160, grifos nosso).

Assim, podemos inferir, da abordagem realizada por Gracia (2010), que a experiência religiosa não pode ser excluída do processo deliberativo; pois, muitas vezes os valores religiosos estão presentes. Mas a religião não pode ser conduzida como valor absoluto e único de um complexo sistema axiológico que se constrói em sociedade e realidades diversas. A moralidade não pode ser definida pela natureza ou por uma divindade, se considerarmos que ela é originariamente produto da experiência humana, moral.

6.2.2. A questão dos valores

Ao analisar a visão de Gracia (2010) sobre a relação entre ética, moralidade e religião, obtemos, ao mesmo tempo, um *insight* sobre a sua concepção sobre os valores. Contudo, precisamos situar que o autor emprega as contribuições que analisa

adequadas e coerentes da estrutura hierárquica axiológica elaborado por Max Scheler, juntamente, com a articulação da inteligência senciente desenvolvida na filosofia de Xavier Zubiri para a construção de um método de auxílio no processo de tomada de decisão de situações diversas em circunstâncias diversas.

Gracia (2011) argumenta que os valores são qualidades muito peculiares que se encontram realizadas em maior ou menor medida, nas coisas; mas nunca se encontram completamente realizados, de forma perfeita. Eles estão realizados, mas não completamente. Daí a obrigação do ser humano de levá-los o quanto antes à sua plenitude. É nisto que consiste a ética, na realização dos valores, precisamente porque ainda não estão realizados suficientemente e quiçá nunca cheguem a estar realizados. Os valores se realizam, em maior ou menor medida, nas coisas ou fatos. Portanto, têm estas como suporte ou depositárias. Como o fato é suporte do valor, se o fizermos desaparecer – o suporte material do valor –, desaparece com ele o valor a que dava suporte. A característica do suporte é de grande importância, porque segundo a realidade das coisas, elas são suporte adequado de uns valores ou de outros. A partir desta concepção, Gracia (2011) classifica os valores em razão do seu suporte. Assim, tudo o que tem matéria é suporte de valores instrumentais ou valores de utilidade. Mas, têm alguns valores que nem toda a matéria os suporta; senão somente aquela realidade material dotada de vida, portanto, os seres vivos. Estes são chamados de valores vitais ou de ser vivo. Por último, há outros valores que só tem como suporte adequado o ser humano. Estes são os chamados valores espirituais, culturais ou de pessoas.

A partir dessa classificação dos suportes e seus valores, Gracia (2011) propõe uma ordenação dos valores de acordo com o seu suporte - conforme a Figura 6, apresentada a seguir. Mas adverte que essa ordenação tem sentido somente com relação ao seu suporte haja vista que é muito provável que somente os seres humanos têm capacidade de valorar. Adverte ainda que os suportes superiores englobam no seu interior os inferiores. Isto significa que os seres humanos não são somente depositários dos valores espirituais, mas também dos vitais e dos materiais. Outra característica que convém destacar, de acordo com o que foi dito, é que os valores instrumentais e os valores intrínsecos se dão, em maior ou menor medida, nas coisas que os suportam, portanto, não há nenhuma que suporte só valores instrumentais ou valores intrínsecos.

Figura 6: Ordenamento dos valores de acordo com o seu suporte.



Fonte: Adaptado de Gracia (2011).

Sendo assim, quanto mais elevado é o suporte, menor importância tem os valores instrumentais e maior importância os valores intrínsecos. Os dois exemplos extremos, na figura 6, seriam: na parte superior, as pessoas, que suportam fundamentalmente valores intrínsecos, mas que também tem valor instrumental, e no nível inferior, as coisas materiais, que apesar de terem fundamentalmente valores instrumentais, também gozam de certos valores intrínsecos, como no caso da beleza.

Ainda segundo Gracia (2011, grifos do autor) os valores têm outras propriedades além dessas: 1) *Universalidade*: é uma propriedade "formal". Todos os seres humanos valoram. 2) *Pluralidade*: a valoração é universal, mas os "conteúdos" podem variar entre os seres humanos, pelo fato que existem diversos valores e tipos de valores. 3) *Polaridade*: Os valores são sempre bipolares. Para todo valor positivo corresponde um negativo de sinal oposto chamado de não-valor, desvalor ou contravalor. 4) *Hierarquia*: Os valores tendem a se ordenarem hierarquicamente. Esta hierarquização é levada a cabo pela preferência. 5) *Fortaleza e urgência*: Há uma

antinomia entre elevação ou hierarquia e fortaleza. Os valores vitais são inferiores, porém fortes; no entanto os valores espirituais são superiores, porém mais débeis. Isso porque a vitalidade é um valor do qual dependem todos os demais, em especial os espirituais. Nesse sentido, vitalidade e hierarquia se complementam. 6) *Incompatibilidade*: Os valores são incompatíveis entre si. 7) *Tragicidade*: A perda irreparável de um valor, sobretudo de um valor intrínseco, se denomina “tragédia”. Por exemplo, uma catástrofe que destrói a beleza plasmada em um quadro, produz uma perda irreparável. 8) *É a conflitividade sinal de baixa qualidade moral?*: A conflitividade é uma categoria inerente à vida humana. A ausência de conflito é incompatível com a vida. Quando se permite uma maior participação de todos nos processos de tomada de decisões, aumentam os conflitos. A conflitividade não se pode evitar. Quanto maior a conflitividade maior a qualidade moral.

6.2.3. Dever e Valores

Após a classificação e ordenação dos valores, falta ainda um elemento para unificar os “três mundos” que servirão de base para a proposta de Gracia (2011) de realização ou construção de valores: que é o dever.

O dever é algo formalmente distinto do valor, por mais que os dois se encontrem intimamente relacionados. Esta relação consiste em que o nosso dever é sempre incrementar valor nas coisas, vale dizer, construir os valores, realizá-los, fazê-los realidade. O dever não é um valor, ele consiste na realização do valor. (GRACIA, 2011, p. 144).

Nesse sentido,

(...) De tudo o que foi dito, se conclui que a ética não se identifica com o mundo da axiologia. O específico do mundo moral é a consciência do dever, que leva à realização dos valores positivos e superiores. (...) Destas coisas resulta que cabe diferenciar três mundos, distintos entre si, mas internamente relacionados, de modo que cada um descansa sobre os anteriores. - O mundo dos ‘fatos’. – O mundo dos ‘valores’. – O mundo dos ‘deveres’ (GRACIA, 2011, p. 158).

Dito de outro modo, os valores não podem existir sem os fatos, nem os deveres sem os valores. Contudo, de acordo com Gracia (2011), não significa que os fatos

fundam os valores e estes dissolvam os deveres. Os deveres se superpõem aos valores, os quais por sua vez se superpõem aos fatos. Isso significa que os deveres têm sua própria fundamentação autônoma. E todos, fatos, valores e deveres, tem um fundamento último comum, que é a realidade.

A concepção de Gracia (2011) a respeito dos valores, distinguindo-os do mundo dos fatos e dos deveres, mas superpondo-os, permite que se ultrapasse a dicotomia da objetividade e subjetividade axiológica para então propor um processo construtivista dos valores. Como afirma Gracia:

A solução [para a construção dos valores] tem que vir por uma via distinta das expostas. Os valores não são completamente objetivos e racionais, como afirmou a teoria clássica, nem tão pouco são de tudo subjetivos e irracionais, como tem repetido a cultura moderna. A filosofia do último século permite ir além desta dicotomia e erigir o tema do valor de modo novo, provavelmente mais correto que os modos anteriores (GRACIA, 2011, p. 171).

O autor, argumenta que os valores são reais e, também, são construídos, sendo constituições que fazemos na realidade, tanto no início como no término. Contudo, em meio a estes dois momentos da realidade tem sempre um passo pela irrealidade, haja vista que os valores, nenhum deles se encontra perfeitamente realizados neste mundo. Dizer que os valores são construídos, não significa dizer, que eles sejam subjetivos. É a estima dos valores que é subjetiva. Os processos de estimação são primariamente individuais e, consequência deste, também as valorações. Aqui, estariam o estágio de intelecção que a pessoa se expõe, segundo Zubiri (2011) e, como descrito por Gracia (2011, p. 175-176), “os valores se constroem e por isso tem que ser o objetivo da nossa atividade, tanto individual quanto coletiva. A construção dos valores é o objetivo fundamental de toda vida que mereça o qualitativo de especificamente humana”.

6.2.4. Construção dos valores e deliberação moral

Se por um lado, incentivar as pessoas na participação ativa de seu avanço espiritual engloba o próprio desenvolvimento devido a relação especificamente humana (valores bases), que pertence a todos; por outro lado, o conteúdo dos

processos de valorações em sistemas morais está sempre em movimento. Neste âmbito, Gracia (2011) define a deliberação como um processo intelectual, mas também emocional. O momento do emocional é de particular importância, dado que os valores se apreendem emocionalmente. Daí que a construção dos valores necessite certa educação emocional. A educação sentimental é uma parte essencial de qualquer processo de deliberação. Em suma, “a deliberação é um procedimento racional, é o uso da racionalidade humana, mas tomada em sentido amplo (...) que cobre não só a inteligência sentimental, mas também o sentimento que afeta e a vontade tendente” (GRACIA, 2011, p. 176). Também, segundo Pose (2011, p. 80) “a deliberação (...) é um método de análise de avaliação de ideias, crenças e valores etc. de conteúdo moral em geral”.

Nesta perspectiva, Diego Gracia propõe um método de deliberação que se distingue por incluir os valores e os deveres dos pacientes nas decisões profissionais (GRACIA *et al.*, 2016). Ao passo que se admite de que fatos e valores são distintos, mas não contrapostos, isto é, eles são sobrepostos; bem como os fatos dão suporte aos valores se avança para uma observação importante do autor. Vale dizer, os fatos são identificados pela sensibilidade e os valores são estimados; mas a partir da percepção dos fatos (Cf. GRACIA, 2010).

A partir dessa concepção, Gracia (2010), sustenta que a deliberação é um procedimento que temos para gerenciar razoavelmente as incertezas. A deliberação moral é um método para tomar decisões razoáveis e prudentes; ela prolonga a deliberação para algo distinto dos fatos, como são os valores. Os valores têm sua própria racionalidade. Sobre eles se pode não apenas raciocinar; se deve raciocinar. Somente desse modo cabe gerenciá-los com prudência. Esse é o objetivo da deliberação sobre os valores. Sendo assim, o método da deliberação pressupõe uma educação especial de nossa faculdade estimativa, que é diferente da educação dos sentidos para se perceber fatos, como por exemplo, os fatos clínicos (GRACIA, 2010). “Daí que o objetivo primário dos programas formativos deveria ser educar para a deliberação” (GRACIA, 2016, p. 41).

Devemos então, educar nossa faculdade estimativa porque é nosso dever optar pelos melhores valores. Isso significa que os valores nos obrigam e que promover os melhores valores possíveis é um dever. Na deliberação,

Nosso dever consiste sempre em optar pelos melhores valores e fazê-los realidade na medida de nossas forças. O dever se apoia sempre sobre o valor, e consiste na realização dos valores, da mesma forma que o valor está suportado pelos fatos. De tal modo que a deliberação tem que seguir uma ordem: da análise dos fatos tem que se passar a identificação dos valores que suportam esses fatos, e daí ao terceiro nível, à determinação dos nossos deveres, que consistirá sempre na realização ótima dos valores em jogo (GRACIA, 2016, p. 39).

Gracia (2016, p. 38-39) destaca que “todos deliberamos consigo mesmo antes de tomar uma decisão”, “os seres humanos não podem viver sem valorar”; assim como Pose (2011) também salientou que “uma coisa é que todos fazemos juízos, inclusive que não podemos não fazê-los, e outra muito distinta é o modo como fazemos ou onde nos apoiamos para que tais juízos sejam os melhores”. Segundo Pose (2011, p. 79-80), ao analisar a “tomada de decisão na ética da responsabilidade de Diego Gracia” argumenta que “a distância que separa um aspecto do outro”, isto é, a valoração comum da valoração que segue um método, é a própria passagem da “experiência moral à exigência de responsabilidade moral. O que facilitará o trânsito de um lado a outro (...) são os momentos de análise do ato moral”. Isto é, o processo de deliberação moral.

Gracia (2016, p. 41) defende que “não é possível promover a responsabilidade e autonomia moral senão através da deliberação”. Mas para isso, a deliberação deve ser coletiva sempre que possível.

A deliberação coletiva é fundamental quando o resultado da nossa decisão afeta a outras pessoas. O ideal é que no processo deliberativo intervenham todos aqueles que resultem afetados pela decisão que vamos tomar. Quando isto não é possível, ao menos se deve ter em conta, de tal modo que não se decida algo que as pessoas afetadas não possam aceitar razoavelmente e sem coação.

De acordo com Gracia (2016), um processo deliberativo se desenvolve bem, quando no final do processo se torna mais transparente a solução ótima do problema do conflito que no princípio (portanto, quando há avanço entre o ponto de partida e o de chegada). O rendimento da deliberação é sempre a diferença entre o começo e o fim do processo.

Sendo assim, o método de deliberação moral não tem como objetivo tomar uma decisão que, de um determinado ponto de vista, seria a mais correta. De fato, assim como o objetivo, “o resultado da deliberação é a tomada de decisões prudentes ou razoáveis” (GRACIA, 2016, p. 42). Desse modo, a deliberação é o método que, mais se aproxima do modelo democrático de tomar decisões, pois permite tratar com respeito todos os seres humanos ajudando-os a tomar decisões mais autônomas e contribui para uma distribuição mais justa dos recursos disponíveis na assistência sanitária (POSE, 2011). Por fim, Gracia (2011) destaca a importância da deliberação moral a deliberação política, ou melhor, a subordinação desta última à primeira. Diz Gracia (2011, p. 177):

A deliberação é um procedimento universal de racionalidade prática, e o seu âmbito primário de aplicação são os valores, todos os valores, tanto os públicos como os privados. Essa é a deliberação que pode chamar-se ética. Logo virá a deliberação política, cujo objetivo, mais restringido, será o de legitimar normas públicas de ação. Mas esta seria impossível sem aquela. É o grande drama da nossa atualidade jurídico-política. A deliberação política não pode ser senão um epifenômeno da deliberação moral vale dizer, das opções de valor que leva a cabo uma sociedade. Diga-me que valores tens que eu te direi quais serão as tuas leis. Daí a importância da deliberação moral.

Além disso, dada a amplitude da proposta de Gracia, podemos afirmar que a bioética da responsabilidade, fundada na axiologia, permite não somente a análise dos conflitos de valores no âmbito das profissionais de saúde, mas também promove a deliberação moral coletiva e a transformação em sociedade. De modo que seu arcabouço teórico percorreu a análise e interpretação dos valores envolvidos nas discussões do sistema legislativo brasileiro – que são a fonte de dados dessa pesquisa – face ao problema que nos propomos investigar.

7. PERCURSO METODOLÓGICO

Ao refletirmos sobre todo o percurso construído para alcançarmos a temática proposta nesta pesquisa, com responsabilidade e respeito da minha pessoa enquanto pessoa, posicionada em uma realidade que possui nas bases humanas a própria construção de vida e morte que se projeta e que se transforma na moral praticada em um percurso deliberativo e de comprometimento social, ponderamos a necessidade de esclarecer e transparecer a escolha responsável e espiritual de um referencial metodológico, a hermenêutica-dialética.

Em outras palavras, iniciamos a exemplificar que se trata de uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, com análise dos dados na operacionalização proposta por Maria Cecília Minayo e na ótica da Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer e da Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia (2010; 2011).

Como descrito por Marconi e Lakatos (2010, p. 157), “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”. De acordo com essa classificação, nossa proposta de pesquisa discute a questão-problema buscando informações em documentos escritos, contemporâneos, de fontes primárias, compiladas após o acontecimento pelos autores. Nessa perspectiva, os documentos escritos são documentos oficiais, os quais, constituem geralmente a fonte mais fidedigna de dados e que refletem atos da vida política, de alcance nacional, em que o pesquisado, pelo fato de não exercer controle sobre a forma como foram criados, deve não só selecionar o que lhe interessa, como também interpretar e comparar o material, para torná-lo utilizável (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Consideramos que a pesquisa documental, cujas informações foram analisadas através do método hermenêutico dialético com base nos referenciais teóricos selecionados para a pesquisa, é adequada para compreendermos além dos fatos, valores e deveres, as fundamentações filosóficas utilizadas e seus possíveis argumentos que permeiam o debate no Poder Legislativo Federal Brasileiro através de deputados e senadores sobre a eutanásia e suicídio assistido e suas relações com os cuidados paliativos, os quais, *prima facie* não se apresentaram com a devida clareza.

Dessa maneira, o referencial metodológico utilizado para a análise dos dados, foi a articulação proposta por Minayo (2010) na sua obra O desafio do conhecimento

entre a hermenêutica de Gadamer e a dialética marxista. No livro *Caminhos do pensamento*, a autora “retoma o assunto, investindo nas raízes dessa discussão, não apenas do ponto de vista do ‘como fazer’ e sim, também, do ‘como pensar’, definindo a “hermenêutica-dialética como método de análise (...) das ciências humanas e sociais” (MINAYO, 2010, grifos da autora), no sentido de um “caminho do pensamento social” a ser trilhado por meio dos procedimentos de pesquisa.

Diante da nossa pretensão de conduzir esta pesquisa pela metodologia proposta por Minayo (2010), acreditamos que se fez necessário descrever, em linhas gerais, algumas características e pressupostos de ambas as correntes filosóficas e as potencialidades dessa articulação, enquanto “caminho do pensamento” que tanto guiou a operacionalização dos procedimentos desta pesquisa como proporcionou um maior conhecimento do debate entre Gadamer e Habermas.

7.1. Materialismo histórico-dialético

O conceito de dialética é bastante antigo e com vários significados ao longo da história da filosofia. Nos interessa, para este trabalho, “a concepção moderna de dialética” que “fundamenta-se em Hegel. Para esse filósofo, a lógica e a história da humanidade seguem uma trajetória dialética [tese, antítese e síntese], nas quais as contradições se transcendem, mas dão origem a novas contradições que passam a requerer solução” (GIL, 2008, p. 13). Todavia, segundo este autor, “a concepção hegeliana de dialética é de natureza idealista, ou seja, admite a hegemonia das ideias sobre a matéria. Essa concepção foi criticada por Karl Marx e Friedrich Engels, que ‘viraram a dialética de cabeça para baixo’ e apresentaram-na em bases materialistas, ou seja, admitindo a hegemonia da matéria em relação às ideias” (GIL, 2008, p. 13).

A concepção de dialética, em Marx, designa a dinâmica das contradições entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção e, de modo mais geral, os conflitos e as contradições da sociedade capitalista. Marx salienta que essa concepção dialética da dinâmica histórica é crítica e revolucionária, porque na inteligência positiva do estado de coisas existente, ela inclui, ao mesmo tempo, a inteligência de sua negação (LÖWY, DUMÉNIL, RENAULT, 2015). Dito de outro modo, as contradições sociais geram conflitos, como as lutas de classes, que são a chave para compreender a dinâmica da história e do desenvolvimento da sociedade capitalista.

Löwy, Duménil e Renault (2015) salientam que “Marx opõe a sua dialética materialista à dialética idealista de Hegel”. Nesse sentido, Triviños (1987, p. 20) explica que “a ideia fundamental da filosofia de Hegel é a da identidade do ser e do pensamento. Isto quer dizer que o mundo real deve ser compreendido como uma manifestação do espírito, da ideia absoluta”. O que está em questão, segundo Triviños (1987, p. 18) é o problema da prioridade entre matéria e consciência: “o mundo objetivo cria o pensamento? Ou é o pensamento que cria a matéria?” Conforme o autor, “os idealistas (...) resolvem o problema da prioridade afirmando que é o espírito, a ideia, o primeiro, e que o secundário é a matéria”, enquanto “os materialistas, (...) elevam a matéria a uma categoria de importância primordial. Ela, o mundo objetivo, originaria as ideias, os pensamentos” (TRIVIÑOS, 1987, p. 21). Na “interpretação hegeliana do processo histórico e da formação da consciência restringe-se ao plano das ideias e representações, do saber e da cultura, não levando em conta as bases materiais da sociedade em que este saber e, esta cultura são produzidos e em que a consciência individual é formada (MARCONDES, 2010, p. 233). De modo inverso, Marx (2008, p. 47) defende a tese materialista de que “não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência”.

De modo semelhante, a hermenêutica do século XX também procura superar o idealismo hegeliano e, assim como o materialismo de Marx – que põe a primazia da realidade sobre as ideias, remonta a Aristóteles –, como podemos ler na obra de Diego Gracia quando argumenta que o modo como se ordenam os princípios e valores, não podem ser estabelecidos *a priori*, de forma absoluta.

Como disse Aristóteles, ‘o critério está na percepção’, ou seja, na avaliação da situação concreta. É a realidade que deve acabar mandando, não o princípio. Esta é a origem da hermenêutica filosófica, que na Europa tem sido desenvolvida fundamentalmente pelos discípulos de Heidegger, em especial por Gadamer e Ricoeur. O primário não são as ideias, mas a realidade, que se nos vai ‘revelando’ paulatinamente, pouco a pouco e nunca de modo total” (GRACIA, 2010, p. 242, grifo do autor).

Todavia, Marx não apenas inverte a relação de prioridade como inova o materialismo filosófico valendo-se da dialética idealista de Hegel, advertindo que “a mistificação que a dialética sofreu nas mãos de Hegel não impede, de modo algum, que ele tenha sido o primeiro a expor suas formas gerais de movimento, de maneira

ampla e consciente. É preciso invertê-la [*umstulpen*] para descobrir o cerne racional sob o invólucro místico” (MARX, *apud* LÖWY, DUMÉNIL, RENAULT, 2015, p. 36). Desse modo, Marx resgata um aspecto central das filosofias materialistas, isto é, a prioridade da matéria sobre a consciência, mas preserva a dialética de Hegel, fazendo, por assim dizer, uma inversão materialista da dialética hegeliana. Portanto, a dialética para Marx é não apenas método, mas também um modo de ver a realidade sócio histórica que, por ser permeada de contradições, é, por si só, dialética.

Embora, Marx, não tenha deixado nada além de algumas observações dispersas sobre a dialética, diferentes correntes do marxismo viram nela o centro de seu pensamento. Engels foi o primeiro a propor uma teoria da dialética materialista, buscando em Hegel certo número de “leis dialéticas” e interpretando-as como leis da matéria (LÖWY, DUMÉNIL, RENAULT, 2015, p. 36). De acordo com Konder (2008, p. 58), Engels – em diálogo com Marx – foi quem efetuou os primeiros estudos sobre a dialética materialista e chegou à conclusão de que as leis da dialética – comuns, tanto à história humana como à natureza – podiam ser reduzidas, no essencial, a três leis: 1ª) lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa); 2ª) lei da interpenetração dos contrários, ou lei unidade e luta dos contrários; 3ª) lei da negação da negação ou lei da contradição. A primeira lei significa que, ao mudarem, as coisas não mudam sempre no mesmo ritmo; o processo de transformações passa por períodos lentos (em que ocorrem mudanças quantitativas) e por períodos de aceleração (que precipitam alterações qualitativas, isto é, ‘saltos’, modificações radicais). Engels dá o exemplo da água fervendo. A segunda afirma que a realidade está entrelaçada em diversos aspectos e em diferentes níveis de modo que as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, uma por uma, se levarmos em conta a conexão que cada uma delas mantem com coisas diferentes. Os dois lados que se opõem, pertencem, na verdade a uma mesma unidade, e dependendo do contexto prevalece um lado ou outro dessa realidade, que é intrinsecamente contraditória. A terceira lei estabelece que o movimento geral da realidade faz sentido, é inteligível, vale dizer, a afirmação traz em si necessariamente a sua negação; porém a negação não prevalece como tal, pois ela também pode ser negada, isto é, tanto a afirmação (tese) como a negação (antítese) são superadas e o que acaba por prevalecer como síntese da realidade é a negação da negação, num processo permanente de novas sínteses. Essas leis já estavam presentes em Hegel; porém, Engels lhes dá um sentido materialista.

Marx, por sua vez, não escreveu sobre o seu método, além de algumas explicações. Ele a colocou em prática! Para compreender sua concepção de método, suas categorias investigativas, faz-se necessário conhecer sua obra (Cf. NETTO, 2010). Nesse sentido, para termos uma noção e tentar relacionar desde já, a dialética, com a hermenêutica, é importante destacar uma passagem de Marx - também discutida por Minayo (Cf. 2010, p. 109)⁷² – que é representativa da sua concepção materialista dialética. Enquanto método, Marx afirma, no Prefácio da Contribuição à crítica da economia política, que,

Minhas investigações me conduziram ao seguinte resultado: as relações jurídicas, bem como as formas do Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; essas relações têm, ao contrário, suas raízes nas condições materiais de existência, em suas totalidades (...). O resultado geral a que cheguei e que, uma vez obtido, serviu-me de guia para meus estudos, pode ser formulado, resumidamente, assim: na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. (...) Em uma certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou, o que não é mais que sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais elas se haviam desenvolvido até então. De formas evolutivas das forças produtivas que eram, essas relações convertem-se em entraves (MARX, 2008, p. 47).

Algumas considerações podemos deduzir dessa passagem. Primeiro, é que há algo inefável, indizível, situado aquém da superestrutura (jurídica, política, institucional, etc.), para cuja compreensão Marx se utiliza da metodologia dialética

⁷² Minayo (2010, p. 109, grifos da autora), afirma que neste “prefácio” Marx “evidencia que o termo material (...) é usado (...) para designar as condições primárias da vida humana. Suas expressões: vida material, condições materiais de existência, forças materiais de produção, transformação das condições materiais de produção estão relacionadas com uma historiografia”. Essas categorias, demonstram, conforme Triviños (1987), que o materialismo dialético não só tem como base de seus princípios a matéria, a dialética e a prática social, como também aspira ser uma teoria com pretensão de transformar radicalmente a sociedade, isto é, revolucionando as condições materiais e de produção da vida humana.

para explicar; especificamente, na esfera da produção da vida material ou econômica, a “relação de produção” em que as pessoas entram, no capitalismo, “independente de sua vontade” porque é intrínseca ao modo de produção capitalista. Como exemplo podemos citar o fenômeno empiricamente verificável, e exprimível, de acumulação de riquezas nas mãos de poucas pessoas, de modo desproporcional à expansão da pobreza. Marx descobre, com seu método, que a causa dessas desigualdades está na relação de produção da vida material que no modo de produção capitalista, é determinante a relação entre proprietários dos meios de produção e os trabalhadores que, por serem despossuídos, têm de vender sua força de trabalho; uma relação que é “necessária”, de acordo com Marx porque o capitalista depende do trabalhador tanto quanto o trabalhador precisa vender sua força de trabalho para reproduzir sua vida. Esta relação, regulada pela estrutura jurídica, é aparentemente livre, já que, o trabalhador no capitalismo não é obrigado a vender sua força de trabalho. Portanto, trata-se de uma liberdade formal, já que na essência dessa relação está a exploração da força de trabalho diante da qual os trabalhadores não têm escolha que não seja a de vender sua capacidade de trabalho, para poder, no mínimo sobreviver. Com o surgimento do capitalismo,

Nasceu e se fortaleceu uma nova classe social - a burguesia - possuidora de novos e fundamentais meios de produção (manufaturas e fábricas), que iam substituindo as oficinas artesanais e, ao mesmo tempo, foi-se formando uma classe de trabalhadores livres que, por um salário, vendiam ou alugavam - por uma jornada - a sua força de trabalho. Eram os trabalhadores assalariados ou proletários que, desta maneira, vendiam uma mercadoria - a sua capacidade de trabalho ou força de trabalho - que possui a propriedade peculiar de produzir um valor superior ao que é pago para ser usada (*mais-valia*, ou valor não remunerado, que o operário produz ou cria) (VAZQUEZ, 1990, p. 35).

Em suma, Marx explica que “o poder de criar valor no capitalismo é próprio da força de trabalho” de modo que “o mistério da mais-valia se resolve, então, pela constatação de que o trabalhador é suscetível a trabalhar mais horas do que requer a produção de bens que ele pode adquirir. Essas horas de sobre trabalho são a origem da mais-valia” (LOWY, DUMÉNIL, RENAULT, 2015, p. 54) ou lucro que, num processo infinito e contraditório, resulta na acumulação cada vez maior de riquezas nas mãos de poucos. No plano axiológico dos valores materiais a “economia política” de Marx define “expressões como: valor de troca, valor de uso e mais-valor” (HESSEN, 1980,

p. 28), bem como a relação entre a subjetividade e a objetividade dos valores das mercadorias (bens ou serviços enquanto produto de trabalho humano). As coisas só têm valor objetivo – como resultado do trabalho humano em geral –, vale dizer, que pode ser trocada por uma quantidade de dinheiro, na relação com um sujeito. Ou seja, porque as pessoas, individual ou socialmente as valoram de acordo com a sua utilidade ou necessidade. Como afirma Hessen (1980, p. 47, grifos do autor): “no conceito de valor está incluído o da sua referência a um sujeito. Valor é sempre valor para alguém. *Valor (...) é a qualidade de uma coisa, que só pode pertencer-lhe em função de um sujeito dotado de uma certa consciência capaz de a registrar*”, ou procurá-la. Para este autor, “os valores de utilidade coincidem com os chamados valores econômicos”⁷³ (HESSEN, 1980, p. 110, grifos do autor).

Adolfo S. Vazquez resume esta relação com muita precisão:

Para que um objeto tenha um valor de uso, exige-se simplesmente que satisfaça uma necessidade humana (...). Quando estes produtos se destinam não só a ser usados, mas antes de tudo a ser trocados, transformam-se em mercadorias e, então, adquirem um duplo valor: de uso e de troca. Este último é o valor adquirido – em determinadas relações sociais baseadas na propriedade privada dos meios de produção – pelo produto do trabalho humano ao – ser comparado com outros produtos. (...) Somente podemos trocar (...) um objeto útil por outro também útil – que tem um valor de uso (...); mas o valor de troca faz abstração de ambos os valores de uso – das qualidades dos produtos – para estabelecer entre eles uma relação quantitativa. Enquanto o valor de uso põe o objeto numa relação clara e direta com o homem (com a necessidade humana que vem satisfazer), o valor de troca aparece superficialmente como uma propriedade das coisas, sem relação alguma com ele. Mas o valor de troca, como o valor de uso, não é uma propriedade do objeto em si, mas do objeto como produto do trabalho humano. O que acontece é que, numa sociedade na qual se produz para o mercado e se comparam os produtos fazendo

⁷³ Acreditamos que é importante destacar a importância da economia na popularização da palavra **valor**. Hassen (1980, p. 28, grifo do autor) afirma que “é certo que antes de Nietzsche a palavra ‘valor’ era largamente aplicada em economia política. (...) E é (...) evidente que este fato não deixou de concorrer para que o uso da palavra se generalizasse”. Enquanto Vazquez destaca que “o termo ‘valor’ - cujo uso hoje se estende a todos os setores da atividade humana, incluindo evidentemente a moral - deriva da economia. Marx teve o mérito de ter analisado o valor econômico, desvendando-nos assim as características essenciais do valor em geral. Embora o valor econômico possua um conteúdo distinto dos demais valores - como o estético, o político, o jurídico ou o moral -, a sua análise se revela muito fecunda quando se trata de esclarecer a essência do valor em geral, evidenciando a sua significação social, humana, que permite responder com firmeza à questão básica sobre a objetividade ou subjetividade dos valores ou sobre o tipo particular de sua objetividade” (VAZQUEZ, 2000, p. 138, grifo do autor).

abstração das suas propriedades úteis, bem como do trabalho concreto que encarnam, sua significação humana, social, se oculta e o valor de troca se apresenta sem relação com o homem, como uma propriedade da coisa. Assim, a mercadoria assume o aspecto de uma coisa estranha, – alheia ao homem, quando é a expressão ou materialização de uma relação social, humana. O produto do trabalho humano se transforma em fetiche e esta transformação de um produto do trabalho humano em alguma coisa alheia ao homem, estranha e enigmática, quando assume a forma de mercadoria, é chamada por Marx de “fetichismo da mercadoria” (VAZQUEZ, 2000, p. 120 *et seq.*).

É esse fetichismo que nos impede de ver as relações de produção das mercadorias “a olho nu”; quando compramos uma mercadoria, sua forma, beleza, utilidade etc., nada dizem da relação de exploração e de sofrimento dos trabalhadores envolvidos na sua produção. Portanto, com o método dialético Marx não apenas desvelou como se dá o mecanismo de exploração da força de trabalho pelos capitalistas, mas também desvendou o fetiche da mercadoria, ou seja, como duas coisas de valor de uso ou qualidades diferentes, podem ser trocadas como equivalentes ou por uma mesma quantidade de dinheiro.

Ambos os fenômenos “ocultam” as relações de produção, que é uma relação entre classes sociais e aqui não é suficiente a hermenêutica filosófica para explicá-los, haja vista, por exemplo, que não há contrato de trabalho que expresse abertamente, que o comprador da força de trabalho está se apropriando de uma parte do salário do trabalhador. Tão pouco, podemos perceber tal mecanismo no ato de trabalhar. Nem sempre, como neste caso, “a linguagem nos faz conhecer o ser das coisas” (GRONDIN, 2008, p. 89), como defende Gadamer em *Verdade e Método*. A ação de produzir um objeto, isto é, o trabalho concreto, não revela a “formação social” e o “modo de produção” em que este ocorre⁷⁴. Os mecanismos de exploração estão ocultos na relação de produção e são legitimados pelo contrato ou direito que é “expressão jurídica” e ideológica do “modo de produção da vida material” (Cf. MARX, 2008, p. 47), ou seja, os fenômenos estruturais e supra estruturais, como eles se

⁷⁴ De acordo com Minayo (2010, p. 109-110), *modo de produção e formação social*, são dois conceitos fundamentais que resumem o materialismo dialético. Por *modo de produção* se compreende, uma estrutura global formada por estruturas regionais econômicas, jurídico-políticas e ideológicas, na qual é sempre o nível econômico que determina as outras. A ele Marx associa o conceito de *Formação social* que se constitui numa unidade complexa de articulação das várias instâncias de organização social e que podem, também, conter vários modos de produção (como se observa na realidade histórica), entre os quais um é determinante e determina os outros.

apresentam, não revelam imediatamente a sua essência⁷⁵. Faz-se necessário, para investigar certas esferas da vida social, contraditórias, o método histórico-dialético. Por isso, na sua investigação, Marx se utilizou do método científico das ciências econômicas e criou seu próprio método filosófico como modo de pensar os dados, fatos, enfim, como desvelar uma realidade que é falseada pelas ideologias expressas na linguagem. É nesse sentido que Minayo afirma: “quando (...) um pesquisador adota o quadro de referência do materialismo histórico, passa a enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção em determinada sociedade e de sua relação com as superestruturas (políticas, jurídicas etc.) é que ele procede à interpretação dos fenômenos observados” e das contradições sociais apreendidas pela dialética. Em resumo,

Na perspectiva marxista, os princípios que explica o processo de desenvolvimento social podem ser sintetizados nas expressões *materialismo histórico* e *materialismo dialético*. (...) O *materialismo histórico* representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez, a *dialética* refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, classes e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. O materialismo histórico, como caminho teórico, e a dialética, como estratégia metodológica estão profundamente vinculados (...) (MINAYO, 2010, p. 107-108).

De acordo com a autora, “a aplicação do método dialético não depende apenas de conhecimento técnico, mas de uma posição intelectual e de uma visão social da realidade” (MINAYO, 2010, p. 123). Diante do exposto, argumentamos com Minayo, como o materialismo histórico-dialético e a hermenêutica filosófica podem se complementar.

⁷⁵ Antônio Carlos Gil, alerta para a influência mútua entre as dimensões da infraestrutura e da supra estrutura, evitando assim uma leitura determinista da passagem de Marx acima citada. Segundo este autor, “para Marx e Engels, a estrutura econômica (ou infraestrutura) é a base sobre a qual se ergue uma superestrutura jurídica e política, à qual correspondem determinadas formas de consciência social ou ideológica. O modo de produção da vida material é, portanto, o que determina o processo social, político e espiritual. Cabe ressaltar, entretanto, que essa relação infraestrutura/superestrutura deve ser entendida dialeticamente. Não é uma relação mecânica nem imediata, mas se constitui como um todo orgânico, cujo determinante é em última instância a estrutura econômica” Gil (2008, p. 32). Exatamente por isso, Minayo (2010, p. 132) dá preferência, em “aplicações do marxismo no campo da saúde”, por autores que não cortam o “nó da relação entre sujeito e estrutura”.

7.2. A Hermenêutica-dialética: aproximações e controvérsias

No debate entre Gadamer e Habermas, que detalhamos mais adiante, hermenêutica e dialética parecem, em muitos momentos, como métodos diferentes de apreender e compreender a realidade. Tentaremos demonstrar que se trata do mesmo movimento do pensamento em duas direções que representam os dois polos da reflexão. De acordo com Minayo (2002, p. 104), nessa combinação de oposições complementares, o método dialético tem como pressuposto o método hermenêutico, ainda que as duas concepções tenham sido desenvolvidas por movimentos filosóficos diferentes.

Do ponto de vista de Stein (2013, p. 26), o próprio Marx também se valia da hermenêutica para compreender a realidade e a história. De fato, segundo Marcondes (2010, p. 232-234, grifos do autor) quando ele diz na famosa *XI tese sobre Feuerbach*: ‘Os filósofos se limitaram a **interpretar** o mundo de diferentes maneiras; o que importa é **transformá-lo**’, está afirmando que a análise filosófica tradicional, desvinculada da realidade social concreta, deve dar lugar a uma análise econômica, política, histórica e sociológica. E a reflexão filosófica teórica deve dar lugar a uma prática revolucionária transformadora, através de uma concepção de unidade entre teoria e prática (MARCONDES, 2010, p. 232-234). Todavia, a práxis proposta por Marx – enquanto unidade entre teoria e prática – como ele mesmo afirma nessa *tese*, não prescinde da interpretação. Tal como Gadamer (2015), Marx considera o peso da tradição na compreensão da realidade e da história⁷⁶. É o que ele afirma: “os homens fazem sua história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX *apud* BOTTOMORE, 2001, p. 375). Entretanto, se o olhar da história e a tradição estão no centro do seu materialismo histórico para compreender o presente, não é a história, não são elas que lhe permitiram compreender o modo de produção capitalista. É o que ele afirmou no *Prefácio da Crítica da Economia Política* – mencionado anteriormente –: “cheguei também à conclusão de que a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política” (MARX, 2008, p. 47); decisão que faz parte da sua compreensão científica de que o mais complexo explica

⁷⁶ Conforme apresentado a seguir, uma das críticas de Habermas em relação a Gadamer, é que ele ficaria preso nos muros da tradição e da respectiva comunidade dada, fato que colocaria por terra a pretensão de universalidade da hermenêutica.

o mais simples, de acordo com Netto, “esta argumentação inverte a vulgar proposição positivista de que ‘o mais simples explica o mais complexo’: somente quando uma forma mais complexa se desenvolve e é conhecida é que se pode compreender inteiramente o menos complexo – é o presente, pois, que esclarece o passado (NETTO, 2010, p. 22, grifo do autor). A compreensão da sociedade capitalista lhe permitiu refazer o caminho interpretativo, isto é, das sociedades menos desenvolvidas, como afirma Ernildo Stein (2013, p. 26-27, grifos nosso):

Marx na sua famosa *Introdução à Crítica da Economia Política*, quando estabelece como lugar privilegiado para a interpretação (situação hermenêutica), a crítica da economia burguesa, para a partir dela, compreender os modos **anteriores de produção, refaz** o mesmo **caminho hermenêutico**. Mas a substancialidade que determina toda subjetividade não é a que se constitui pela sedimentação dos sentidos passados que agem na subjetividade, e sim as condições materiais que determinam as consciências.

Nessa passagem, grifamos apenas a diferença entre Gadamer e Marx, que este último, como já destacado, a “substancialidade” que “determina toda subjetividade e a consciência” não está apenas nas condições materiais da existência concreta. Para Marx, “a tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos” (MARX, *apud* BOTTOMORE, 2001, p. 375); enquanto a “tese de Gadamer é que as coisas e os acontecimentos só tem sentido no interior da história, desde, portanto, o horizonte das tradições” (GRACIA, 2010, p. 229).

Essas considerações que demonstram a possibilidade de articulação entre hermenêutica e dialética, abrem caminhos para prosseguirmos na discussão de como ela se efetiva na proposta de Minayo (2002; 2010) com base em Stein (2013). Para este autor,

O método dialético e o método hermenêutico, o primeiro partindo da oposição e o segundo da mediação, constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissolivelmente como elementos de uma unidade. É neste sentido que a crítica das ideologias, como é proposta por Marx e basicamente todo seu projeto de crítica da economia política, opera com o instrumental hermenêutico, ainda que resulte a impressão de que a oposição se renova indefinidamente (STEIN, 2013, p. 26).

Todavia, vimos nos textos de Minayo (2002; 2010) que, depois de discorrer sobre Marx e o marxismo e sua importância para a pesquisa qualitativa em saúde, a autora recorre a Habermas para fazer a articulação hermenêutico-dialético, já que foi esse autor quem dialogou com Gadamer por vários anos, tendo como eixo da discussão, a “crítica da ideologia”. Entretanto, acreditamos que a proposta de Minayo se desenvolve mais do marxismo, onde se sintetiza seus pressupostos metodológicos que passamos a analisar.

Na discussão das “correntes de pensamento e metodologias que tem influído nas análises e nas práticas do setor saúde”, a autora aborda o marxismo dando “ênfase à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e sua compreensão através da ciência, como também às correntes que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classes”. Ao fim, faz “uma opção por aquela que articula condições gerais de produção e reprodução à problemática da subjetividade humana”, diz ela: “o quadro teórico de aproximação da totalidade dos processos de saúde e doença, na abordagem marxista “qualitativa”, parte do fenômeno ideológico e do dinamismo das construções e das relações sociais, devendo sempre merecer contextualização e articulação entre pensamento e base material” (MINAYO, 2010, p. 107, 131-132). Dentre os autores aos quais a posição de Minayo se alinha em *Desafio do conhecimento*, estão Antônio Gramsci, Jean-Paul Sartre, Lucien Goldmann, E. P. Thompson, Adolfo Sanchez Vazquez, Karel Kosik.

Habermas, no período de debate com Gadamer, defendia que “a tarefa crítica da filosofia corresponde (...) a uma tentativa de penetrar na verdadeira realidade no que esta tem de mais básico (a estrutura social, as relações de produção, segundo Marx), para além das aparências (as representações ideológicas, *i.e.*, parciais, idealizadas, falsamente justificadas)” (MARCONDES, 2010, p. 236). Esse modo crítico de pensar ou refletir, “pressupõe a não transparência dessa realidade, que só se revela a um instrumento crítico particularmente afiado” (MARCONDES, 2010, p. 236), como é o caso da dialética; cuja aplicação no campo da saúde, Minayo defende que não pode prescindir da hermenêutica. Nesse sentido, embora Habermas – contra Gadamer – defendesse a dialética como modo de fazer a “crítica da ideologia”, ele se distancia progressivamente da “posição” de Marx, que por sua vez “interpreta o processo de formação da subjetividade e de nossas ideias e representações em termos materialistas, enfatizando não apenas o trabalho, mas sim o modo de

produção e as relações de produção”⁷⁷, bem como do marxismo que, segundo Minayo (2010), enfatiza o “sujeito histórico e a luta de classes”. Por sua vez, a posição de Habermas se “caracteriza mais no sentido de buscar uma inspiração no marxismo para uma análise da sociedade contemporânea, além de desenvolver o conceito de teoria crítica e de crítica da ideologia em uma perspectiva filosófica e sociológica” (MARCONDES, 2010, p. 266).

Tendo essa contextualização em vista, importa aqui, sintetizar a discussão de Habermas e Gadamer, para então apresentar os pressupostos gerais e mais importantes destacados por Minayo na busca da combinação da hermenêutica com a dialética, tomando-as como um caminho para o pensamento e como uma “via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” (MINAYO, 2010), mas tendo em vista que os pressupostos delineados pela autora, se originam muito mais de Marx e do marxismo que de Habermas, neste aspecto.

De acordo com Grondin (2008, p. 19), a filosofia hermenêutica do século XX retomou o diálogo com as ciências do espírito, mais ou menos abandonado por Heidegger, reestabelecendo a tradição de Schleiermacher e Dilthey, mas Gadamer não subscreveu a ideia de uma hermenêutica investida de função metodológica. Como afirma o autor de *Verdade e método*: “a linguagem é um centro em que se reúnem o eu e o mundo”, *i. e.*, “a relação humana com o mundo é linguística e, portanto, compreensível em geral e por princípio”. Nesse sentido, “a hermenêutica é (...) um *aspecto universal de filosofia* e não somente a base metodológica das chamadas ciências do espírito” (GADAMER, 2015, p. 612-613, grifos do autor). Pressupomos aqui, que não há neste autor, uma relação de oposição entre hermenêutica e ciências humanas e sociais, nem que “o compreender, como tal, será o único e adequado acesso à realidade”, mas sim que a “universalidade da experiência linguística do mundo” se sobrepõe ao método e da qual este não pode prescindir (*Cf.* GADAMER, 2015). Não como um instrumento de que dispomos, mas sim como um elemento universal no qual estão imersos o ser e a compreensão (GRONDIN, 2008).

⁷⁷ Como vimos anteriormente, para Marx, a força de trabalho no modo de produção capitalista, é a força produtiva fundamental, porque é a única que pode produzir mais-valia (ou lucro) para o capitalista. Enquanto Habermas, como esclarecemos adiante, perante as mudanças no capitalismo contemporâneo, defende que a ciência e técnica se tornaram nas forças produtivas principais (*Cf.* HABERMAS, 1987). Por isso primazia na racionalidade científica ao invés de na filosofia hermenêutica.

Esta pretensão de universalidade, Gadamer (2015, p. 613) sintetiza na seguinte proposição: *O ser que pode ser compreendido é linguagem.*

(...) Isso quer dizer: É tal que se apresenta por si mesmo à compreensão. A estrutura especulativa da linguagem se confirma também desse aspecto. Vir-à-fala não significa adquirir uma segunda existência. O aspecto sob o qual algo se apresenta faz parte de seu próprio ser. Em tudo aquilo que a linguagem é, portanto, está em questão uma unidade especulativa, uma distinção entre ser em si e representar-se, uma distinção que, no entanto, não deve ser distinção (GADAMER, 2015, p. 612-613).

Como se percebe, Gadamer faz uma articulação entre linguagem, compreensão e ser, em cuja relação a linguagem está no centro. A *“linguagem é o médium universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação”* (GADAMER, 2015, p. 503, grifos nosso). Para Grondin (2008, p. 88, grifo nosso) *“não somente a realização da compreensão é, em si mesma, uma atualização linguística, mas que o objeto da compreensão é também linguístico”*. Esse é o sentido da proposição de Gadamer. Em outras palavras, tudo o que pode ser compreendido é um ser que se articula linguisticamente. Quando tentamos compreender a natureza de algo, busco um ser que já é linguagem e que, por isso mesmo, pode ser compreendido. A linguagem é o elemento universal em que estão imersos o ser e a compreensão. Portanto, a hermenêutica de Gadamer ultrapassa o horizonte de uma reflexão sobre as ciências do espírito para converter-se em uma reflexão filosófica universal sobre o caráter linguístico da nossa experiência do mundo e do mundo mesmo (GRONDIN, 2008, p. 88-89).

Diante desta perspectiva, o ponto central da crítica de Habermas à *Verdade e método*, é direcionada contra esta pretensão da universalidade da hermenêutica e seus pressupostos da tradição e do prejuízo. De acordo com Rocha (2003, p. 192), *“(...) a crítica que Habermas faz a Gadamer incide onde este identifica autoridade e tradição com conhecimento e tenta reabilitar o pré-juízo a partir da estrutura da pré-compreensão”*. Sobre isso, Schmidt (2013, p. 213), explica que *“Habermas acusa Gadamer de aceitar acriticamente o significado do tradicional porque ele negligencia o poder da razão de revelar a gênese dos preconceitos, e assim descobrir o*

preconceito cuja autoridade é baseada na força, e não na razão; o que significaria que o tradicional, ou significado do texto, sempre é superior ao do intérprete.

Nesta pretensão de universalidade da hermenêutica, Habermas antepõe a pretensão da universalidade da “crítica da ideologia”, ao expor os limites da linguagem para a compreensão e o seu caráter ideológico (Cf. STEIN, 2013, p. 26; MINAYO, 2010).

Do ponto de vista de Grondin (2008, p. 94-95), desde os anos sessenta Habermas trabalhava em uma *lógica das ciências sociais*⁷⁸ cuja intenção era mostrar que estas ciências estão animadas por um interesse de conhecimento ‘emancipatório’ que as habilita para criticar a sociedade contemporânea, contrariando os sociólogos que se entregam a uma concepção puramente positivista de sua disciplina. Inspirando-se em Gadamer, também se viu obrigado a criticá-lo. Todavia, de acordo com Acílio Rocha “há acordo entre Gadamer e Habermas, quer quanto à recusa do positivismo, quer quanto a uma redução da verdade ao método”, porém se contrapõe à pretensão da universalidade da hermenêutica, isto é, à primazia atribuída à linguagem, a reabilitação do pré-juízo (ou preconceito) e à autoridade da tradição, categorias fundamentais para a compreensão hermenêutica (ROCHA, 2003, p. 190).

A tese de Habermas é que experiência hermenêutica deve incluir a experiência da ciência para se tornar universal. Nesse sentido, “a consciência hermenêutica abre um caminho para reintroduzir em nossa experiência própria, geral e humana da vida, também a experiência da ciência; então, e só então, é quando a universalidade da linguisticidade humana poderá ser afirmada como um elemento em si ilimitado portador de tudo, e não apenas da cultura transmitida através da linguagem” (HABERMAS, 1987, p. 36). Tais experiências, entendidas por Habermas como “ações sociais”, para serem compreendidas requer o exercício da ciência social crítica, isto é, como crítica da ideologia. Próximo daquilo que afirma Demo (1995, p. 249): “se a comunicação fosse totalmente interpretada, em completa fidedignidade, não teríamos necessidade da ciência”. A reflexão crítica, nesse sentido, seria o polo do pensamento capaz de ultrapassar a aparência dos fenômenos que se apresentam linguisticamente,

⁷⁸ Conjunto de texto escritos por Habermas nas décadas de 1960 e 1970 publicados no livro: HABERMAS, Jürgen. **La lógica de las ciencias sociales**. Madrid: Editorial Tecnos, S.A, 1988. Nesta obra está contido o texto *La pretensión de universalidad de la hermenêutica*, originalmente publicado em 1970. Para o nosso texto utilizamos a versão em português (Cf. HABERMAS, 1987).

pois, como afirmava Marx (*Apud* NETTO, 2010, p. 8), “toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação [a aparência] e a essência das coisas coincidissem imediatamente”. Nesse sentido, ainda que Habermas parta do pressuposto que há “outras experiências da realidade que são de caráter não linguístico” (GADAMER, 2011, p. 239). Tais experiências, segundo Habermas (1987) não podem ser compreendidas utilizando-se da hermenêutica, vale dizer, da linguagem dialógica. Ainda assim, defende que a hermenêutica é necessária também para traduzir a linguagem monológica das “informações científicas importantes, para a linguagem do mundo da vida social” (SCHMIDT, 2013, p. 207).

Há que se destacar, portanto, os limites da hermenêutica. De acordo com Minayo, a hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre seres humanos, partindo da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade como o chão do processo científico e da ação humana. Sob esta ótica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, é entender-se no outro como um movimento possível. Todavia, a estrutura do significado presente na linguagem, na qual a hermenêutica põe maior ênfase, para a lógica dialética é apenas um dos fatores na totalidade do mundo real (MINAYO, 2010, p. 343-344).

Sobre a crítica da reabilitação da tradição e o preconceito, Habermas (1987) alerta que a linguagem não é livre de distorções que impedem o entendimento e critica Gadamer dizendo que ele se esquece de que o contexto da tradição não é apenas o espaço da verdade, mas também da falsidade fática, pois é atravessado por interesses e pela violência. Para Habermas, se Gadamer descobriu o potencial de uma “racionalidade comunicativa” susceptível de superar os limites de uma linguagem dada, também comprometeu o alcance da sua descoberta ao sustentar que a compreensão se funda na tradição (cultural) ou no acordo preexistente que supõe uma comunidade determinada. Aqui, a discordância entre os autores refere-se, antes, à questão de saber se, ao transcender os limites de uma dada tradição em nome da crítica das ideologias, alguém realmente deixa o universo hermenêutico e se o fato de tomar consciência de uma tradição através da reflexão suspende completamente a determinação da tradição (GRONDIN, 2008, p. 97-100).

Cada autor tem uma resposta a seu favor. Para Habermas (1987), a hermenêutica não é capaz de ultrapassar os limites de uma tradição e do pré-conceito

– que caiu em descrédito com o advento do Iluminismo (*Aufklärung*) e com o progresso da ciência – sem reconectar a experiência da vida em geral com a experiência da ciência. Só assim é possível falar em universalidade da linguisticidade que abrange a totalidade da realidade e não apenas a cultura transmitida através da linguagem.

Gadamer, por sua vez,

Embora reconheça que é possível superar os limites de uma tradição cultural, ele duvida que a superação da conformidade existente possa ser feita a partir do ponto de vista arquimediano de uma crítica das ideologias que pretende diagnosticar as ‘patologias’ da sociedade. Essa transposição do modelo psicanalítico para as patologias de uma sociedade parece mais do que problemática para Gadamer. O papel do psicoterapeuta é muito diferente do papel do sociólogo. Na terapia psicanalítica, se está exatamente na presença de um paciente que solicita a competência reconhecida de um terapeuta. Mas não é presunçoso, por parte do pesquisador social, pretender que uma parte da sociedade está profundamente ‘doente’ e reivindicar uma competência de ‘terapeuta social’? Existe, nesse caso, um paciente e uma competência terapêutica bem identificados? Portanto, não abandonamos o universo hermenêutico quando nos rendemos à crítica das ideologias (GRONDIN, 2008, p. 100-101)⁷⁹.

Evidencia-se em cada posição, que “os dois métodos [hermenêutica e dialética] se apresentam, como nenhum outro, com uma pretensão de universalidade. Pretensão que pode ser entendida como o desejo de constituir o ponto de partida e o eixo fundamental de posições filosóficas” (STEIN, 2013, p. 27). Disso resulta obrigatório ocupar-se da elucidação da legitimidade de ambas as pretensões.

Gadamer (2011) afirma que Jürgen Habermas relaciona a hermenêutica filosófica com as ciências sociais partindo do interesse destas últimas, precisamente porque acredita que a linguisticidade se insere profundamente na sociabilidade do ser humano. Minayo assim sintetiza a defesa de Gadamer, da universalidade da filosofia hermenêutica:

Para Gadamer, o conceito de hermenêutica, que se funda na ‘compreensão’, é tratado (...) como um movimento abrangente e

⁷⁹ A saída para essa questão, utilizada por Habermas, é tomar a reflexão psicanalítica como modelo para a reflexão sobre a sociedade. Diante prepotência depositada nas ciências sociais baseada na psicanálise Gadamer (2011) se contrapõe veementemente a esta analogia.

universal do pensamento humano. Inclui toda a experiência científica, sem fazer dicotomias entre as ciências da natureza e as humanas e sociais, e é visto de forma mais ampla do que a que abrange a experiência científica. Origina-se de todo o processo de intersubjetividade e de objetivação humana. (...) Sua unidade temporal é o presente no qual se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem (MINAYO, 2003, p. 84-85).

Para Gadamer, a autoridade da tradição não se funda no conhecimento, como o acusou Habermas. A “reabilitação de autoridade e tradição” e os “preconceitos como condição da compreensão”, é o “ponto de partida do problema hermenêutico”. O que, sob a ideia de uma autoconstrução absoluta da razão, se apresenta como um preconceito limitador, é parte integrante, na verdade, da própria realidade histórica. Os preconceitos não podem ser descartados pelos simples fatos de serem antigos ou atestados por autoridades; eles têm de ser desfeitos (GADAMER, 2015, p. 368). Ao se descrever qual o objetivo da hermenêutica e como ela procede, não podemos esquecer dos seus limites.

Nesse sentido, “a hermenêutica tem como objetivo a investigação do sentido dos fatos, do significado das narrativas, dos textos, sejam eles escritos figurativos ou de qualquer outro tipo. Há sentido e há possibilidade de buscar e de alcançar o sentido, mas não possibilidade de capturá-lo de modo absoluto, de esgotá-lo” (GRACIA, 2010, p. 220, 223 e 227). Portanto, “a hermenêutica, considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos” (MINAYO, 2002, p. 84), tem como “tarefa (...) diferenciar os preconceitos legítimos dos inumeráveis preconceitos cuja superação representa a inquestionável tarefa de toda razão crítica (GADAMER, 2015, p. 369). A noção de pré-conceito legítimo, baseada no conceito de *senso comum* de Vico⁸⁰, “(...) é assumido por Gadamer como um saber que se dirige para o verdadeiro e para o correto, que busca o que é plausível e prático e se apoia em vivências e não em fundamentações racionalistas” (MINAYO, 2003, p. 89). Como também argumenta Diego Gracia a respeito: “a razão está sempre temporal e

⁸⁰ De acordo com Minayo (2010, p. 333-334), “a categoria básica, o piso das ciências compreensivas, é o *sentido comum*, termo cuja origem se encontra na obra [*Princípios de uma ciência nova*] de [Giovanni] Vico, cujo sentido engloba não somente a capacidade universal de pensamento que existe em todas as pessoas, se não também no sentido do que institui à comunidade”. “O *sentido comum* é um juízo desprovido de qualquer reflexão, comumente experimentado por toda uma ordem, por todo um povo, por toda uma nação, ou por todo o gênero humano” (Vico, 1979, p.34, *apud* MINAYO, 334).

historicamente situada, movendo-se, portanto, no interior de ‘tradições’. Há sempre algo prévio aos ‘juízos’ da razão; há, pois, ‘pré-juízos’. É inútil buscar uma razão absoluta, abstrata e descontextualizada” (GRACIA, 2010, p. 229, grifos do autor). A hermenêutica cumpre a sua tarefa com um procedimento que Gadamer denomina de círculo hermenêutico. A compreensão ocorre dentro do círculo hermenêutico. Conforme Schmidt (2013, p. 155), comentando *Verdade e método*, este círculo requer que o intérprete pressuponha inicialmente que o texto ao mesmo tempo é coerente e busca afirmar a verdade, a concepção prévia da completude, para reconhecer preconceitos em conflito no texto e assim questionar seus próprios preconceitos. A consciência efetuada historicamente no sentido mais estreito significa que percebemos o efeito da história ao herdar nossos preconceitos. A compreensão é a fusão de horizontes onde o horizonte do intérprete é expandido para incluir o horizonte projetado do passado (SCHMIDT, 2013, p. 155). Compreender é sempre um mover-se nesse círculo, e é por isso que o constante retorno do todo às partes e vice-versa se torna essencial. A isso se acrescenta que esse círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo e a integração em contextos cada vez maior afeta sempre também a compreensão do individual (GADAMER, 2015, p. 261).

Diante dessa concepção de hermenêutica, Habermas salienta o limite dela. Para este autor, falta à hermenêutica o polo crítico da reflexão. Por este motivo, destaca que as abordagens do campo *compreensivista*, que vai da hermenêutica, à fenomenologia e à etnometodologia, ignoram a totalidade da vida social (Cf. MINAYO, 2010, p. 346), diz o autor: “uma sociologia compreensiva, que hipostasia a linguagem como sujeito da forma de vida e da tradição (*überlieferung*), prende-se à pressuposição idealista de que a consciência linguisticamente articulada determina o ser material da práxis vital” (HABERMAS, 1987, p. 23)⁸¹. Para Habermas, a “totalidade vida social”, isto é, “o contexto objetivo, a partir do qual podem

⁸¹ Como se percebe, Habermas assume aqui, o pressuposto do materialismo histórico de Marx e Engels da prioridade da matéria sobre a consciência, conforme destacamos anteriormente, e acusa Gadamer de idealismo Hegeliano que pressupunha o contrário. Todavia, convém aqui destacar que, ao contrário de Marx que colocava o modo de produção e as relações de produção da vida numa sociedade como sendo o condicionante, isto é, o determinante em última instância da consciência e, obviamente a sua expressão linguística, Habermas deposita este peso condicionante da vida social no progresso da ciência, em virtude das mudanças que ocorreram no capitalismo europeu na época em que escrevia. Todavia, no momento posterior, na sua *Teoria da ação comunicativa*, assumirá posição semelhante a Gadamer, conforme descrevemos posteriormente, mesmo que sinteticamente, tal mudança.

compreender-se as ações sociais, é constituído sobretudo pela linguagem, trabalho e dominação” (HABERMAS, 1987, p. 23) e, por conseguinte, “(...) a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder” (MINAYO, 2010, p. 346). E Gadamer reconhece que são exatamente “a experiência do poder e a experiência do trabalho, os dois argumentos que Habermas empunha contra a universalidade do postulado hermenêutico” (GADAMER, 2011, p. 239). Nos termos de Habermas, a linguagem não é apenas o ser que se pode compreender.

A linguagem *também é médium* de dominação e de poder social. Ela serve à legitimação das relações de violência organizada. Na medida em que as legitimações não manifestam (...) a relação de violência, cuja institucionalização possibilitam, e na medida em isso apenas se exprime (...) nas legitimações, a linguagem *também* é ideológica. (...) A experiência hermenêutica que topa com uma tal dependência do contexto simbólico com referência às relações fáticas passa a ser crítica da ideologia. As forças (...) não-normativas [ideológicas] que se avolumam para dentro da linguagem (...), não provêm apenas dos sistemas da dominação, mas também do trabalho social. Neste campo (...) organizam-se experiências que motivam interpretações linguísticas e podem alterar modelos transmitidos de interpretação, sob coação operacional (HABERMAS, 1987, p. 21, grifos do autor).

Em suma, Habermas (1987) entende que a linguagem, enquanto ideologia, encobre ou mascara a realidade, servindo de instrumento de dominação nos sistemas de poder e de trabalho social. É tarefa da ciência sociais, como crítica da ideologia, promover uma ação comunicativa não distorcida enquanto condição para a emancipação. Por esse motivo, de acordo com Grondin (2008), Habermas tinha feito valer o direito de uma crítica emancipatória da ideologia, que era concebida segundo o modelo de uma ciência objetivante como a da psicanálise, contra a universalização do conceito hermenêutico de compreensão.

Gadamer, na sua réplica, refuta todas as objeções de Habermas. Para Gadamer, (2011, p. 282 *et seq.*), a dimensão hermenêutica abrange a totalidade dos procedimentos da ciência e, do ponto de vista do problema hermenêutico, parece objetivamente um absurdo que os reais fatores de trabalho e domínio devam permanecer fora de suas fronteiras. “Há que se buscar compreender tudo que pode ser compreendido”, diz Gadamer (2011, p. 243). E é “nesse sentido”, que para este autor, “vale o princípio de que ‘o que pode ser compreendido é a linguagem’”

(GADAMER, 2011, p. 243), mas não em sentido absoluto. Para Gadamer a linguagem não é um espelho que reflete mecanicamente a imagem do ser. “No fundo, a linguagem não é um espelho, e o que vemos nela não é reflexo de nosso ser nem do ser de todos, mas uma interpretação e revitalização do que existe conosco, tanto da dependência real do trabalho e dominação como em tudo mais que constitui nosso mundo” (GADAMER, 2011, p. 283). O autor põe em destaque o papel ativo do sujeito que compreende e daquele que é compreendido. Nessa relação não há sujeito e objeto; o que requer “a capacidade do intérprete de se colocar no mesmo diapasão do comunicador” (DEMO, 1995, p. 249). Portanto, “compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas, compreender acaba sempre sendo ‘compreender-se’ (MINAYO, 2002, p. 84, grifo da autora). Este é o significado do verbo compreender, segundo Gadamer (2015): consiste em colocar-se no lugar do outro, a fim de entendê-lo melhor.

Daí que a “linguagem é, antes, o jogo em que todos participamos. Aqui ninguém tem precedência. Cada qual está ‘envolvido’ e é ‘mão’ no jogo. Isso acontece quando compreendemos, e justamente quando vislumbramos os preconceitos ou desmascaramos subterfúgios que desfiguram a realidade” (GADAMER, 2011, p. 283, grifos do autor)⁸².

Em relação a questão da universalidade, segundo Gadamer (2011, p. 298) a hermenêutica filosófica fundamenta dizendo que a compreensão e o acordo são a forma de realização da vida social, que em última formalização é uma comunidade de diálogo, no âmbito da qual nenhuma experiência do mundo fica excluído; nem a especialização das ciências modernas com seu crescente esoterismo, nem as instituições de poder e administração políticas que conformam a sociedade se encontram fora deste meio universal da razão (e desrazão) prática. Afirma, ainda, que é problemática o fato de Habermas recorrer ao exemplo da psicanálise como modelo para a reflexão próprio das ciências sociais, fazendo uma analogia entre teoria

⁸² Gadamer nos alerta que isso não significa que só compreendemos quando vislumbramos os subterfúgios e desmascaramos as falsas presunções, como Habermas acredita. Se fosse assim, “o poder da reflexão se mostraria somente nesse caso, e sua impotência se mostraria quando ficamos presos à teia da linguagem e continuamos a tecer” (GADAMER, 2011, 283-284).

psicanalítica e teoria sociológica. De acordo com Gadamer, a pressuposição (não discutida) a partir da qual argumenta Habermas é que, enquanto ciência, a psicanálise

(...) Utiliza uma reflexão crítica emancipatória que libera de seus bloqueios a comunicação distorcida e busca restabelecer a comunicação. Essa reflexão emancipatória é necessária também no âmbito social. Segundo ele, não é só o paciente neurótico que sofre a distorção sistemática da comunicação, quando defende sua neurose. No fundo, toda consciência social resignada e concorde com o sistema social reinante, que acaba apoiando seu caráter coercitivo, sofre do mesmo mal. (...) Habermas afirma que assim como o psicanalista impõe aos pacientes, que o procuram impelidos pelo desejo de curar-se, um trabalho de reflexão que os responsabiliza ao máximo, também no âmbito social deve-se tomar consciência e dissolver toda e qualquer forma de coerção dominadora. (...) Assim como o paciente aprende a superar as coerções ocultas, a dissolver as repressões, tomando consciência delas, também no âmbito social há que se descobrir e dissolver as coerções ocultas das relações sociais de dominação pela crítica da ideologia (GADAMER, 2011, p. 299-301).

Em outras palavras, para Habermas a psicanálise era expressão do modelo de ciência social crítica. Gadamer refuta com veemência essa postura teórica, explicitando a relação da hermenêutica em ambas as dimensões científicas, salientando que a legitimidade da reflexão psicanalítica está circunscrita à relação terapêutica médico-paciente a qual "(...) deve encontrar seu limite na consciência social, na qual tanto o analista quanto seu paciente se entendem com todos os outros" e questiona "onde encontra seus limites" a "teoria sociológica" (GADAMER, 2011, p. 291) enquanto reflexão crítica emancipatória da sociedade? Esse descabimento é bem notado por Grondin (2008, p. 100) que assevera que "a transposição do modelo psicanalítico às patologias sociais de uma sociedade parece, a Gadamer, mais que problemática. O papel do psicoterapeuta é muito distinto ao do sociólogo. Em uma terapia psicanalítica se está exatamente em presença de um enfermo que solicita a competência reconhecida de um terapeuta". E questiona: "não é presunçoso, por parte do pesquisador social, pretender que uma parte da sociedade está profundamente "enferma" e se atribuir uma competência de "terapeuta social"? Nesse caso, existe um paciente e uma competência terapêutica bem identificada? (GRONDIN, 2008, p.101). Certamente que não. Por isso, segundo Schmidt (2013, p. 213) Gadamer "afirma que o modelo para a crítica de Habermas – a psicanálise – fracassa porque precisa

pressupor injustificavelmente que um dos interlocutores tem conhecimento superior, como o analista em relação ao paciente”. Diante da fragilidade do modelo de Habermas, Grondin (2008) conclui que não abandonamos o universo da hermenêutica ao nos entregarmos à crítica da ideologia, porque esta não é independente da tradição. A reflexão, enquanto é em si mesma uma ‘compreensão’ e se desenvolve numa linguagem susceptível de ser compreendida, depende, todavia, da hermenêutica e se inscreve numa sucessão de tradições.

Não cabe aqui esgotar o diálogo entre Habermas e Gadamer, isto é, entre dialética e hermenêutica; este é inconclusivo como afirma Habermas (1987, p. 85, grifo do autor): “Gadamer é o primeiro a acentuar o caráter aberto (...) do diálogo. Dele todos nós podemos aprender a sabedoria fundamental hermenêutica, de que é uma ilusão achar que alguém possa ficar com a última palavra”. Coube-nos destacar o fato de Minayo (2002; 2010) e Stein (2013) colocarem Habermas (1987) como o autor que representa, do lado marxista, a articulação da dialética com a hermenêutica, mas também que ele próprio assume durante a controvérsia, que teria se utilizado mais de “Gadamer contra Gadamer”⁸³ do que de crítica da ideologia. Essa escolha antecipava o seu posterior afastamento da dialética, isto é, da reflexão crítica, revelando a necessidade de um retorno a Marx e ao marxismo não dogmático para repensar esta articulação. Com o seu distanciamento da abordagem dialética, Habermas inverte o condicionamento da vida social definido por Marx, diz ele: “eu presumo que as modificações institucionais forçadas pelo progresso científico-técnico exercem sobre os esquemas linguísticos da concepção de mundo indiretamente uma influência do mesmo tipo que outrora exerciam as modificações do modo de produção; pois a ciência se tornou a principal entre as forças produtivas” (HABERMAS, 1987, p. 22). Noutras palavras, apesar de se posicionar, que “uma transformação dos modos de produção acarreta uma reestruturação da imagem linguística do mundo”, ao mesmo tempo que, “revoluções nas condições de reprodução da vida material são por sua

⁸³ A expressão é do próprio Habermas. Conforme Grondin (2008, p. 98), “somente quando analisamos a crítica de Habermas mais de perto, nos damos conta de que na realidade ele tenta pensar ‘com Gadamer contra Gadamer’. Porque é exatamente a concepção gadameriana da linguagem e sua capacidade de autotranscedência o que Habermas devolve contra a concepção gadameriana da tradição. De certa forma isso antecipa nossa conclusão que Habermas permanece no mesmo nível de Gadamer, isto é, no âmbito da linguagem, daquilo que é dito ou não dito linguisticamente, deixando para trás seu projeto, na esteira de Marx, de criticar os limites da Hermenêutica em compreender o inefável, mesmo que a explicação desse mundo indizível não prescindia da linguagem, conforme explicamos sobre a descoberta de Marx em relação à exploração do trabalho.

vez, mediadas linguisticamente”, essas transformações ocorreriam não mais pelas lutas sociais mas sim como resultado de um modelo crítico de práxis científica e do respectivo desenvolvimento da ciência, que passa a dominar ou influenciar com informações “os sistemas de trabalho social” (HABERMAS, 1987, p. 22). É nesse sentido que este autor argumenta que “a sociologia não deve deixar-se reduzir à sociologia compreensiva (...), tampouco cair num idealismo da linguisticidade que sublima processos sociais à tradição cultural” (HABERMAS, 1978, p. 23) – referindo-se a Gadamer, em último caso –, tendo em vista o potencial transformativo, que se defende, a ciência passou a desempenhar como principal força produtiva. Para ele, somente “(...) as ciências críticas, baseadas na autorreflexão (*Selbstreflexion*) e estruturadas por um interesse emancipatório (ROCHA, 2003, p. 188), tendo como modelo a reflexão psicanalítica, pode trazer à tona ou transparecer, aquilo que está oculto na linguagem ou foi por ela distorcido.

Diante da “pretensão de universalidade da hermenêutica”, diz Habermas:

Deparamo-nos com limites não triviais do terreno de aplicação da compreensão hermenêutica em casos que a psicanálise e, quando se trata de conjuntos coletivos (...), esta e a crítica da ideologia pretendem esclarecer. Ambas têm a ver com a objetivações da linguagem corrente nas quais o sujeito que produz estas manifestações vitais não reconhece suas próprias intenções. Essas manifestações se deixam conceber como partes de uma comunicação sistematicamente distorcida (...) (HABERMAS, 1987, p. 39).

Por isso, a saída que Habermas aponta no debate com Gadamer, é a crítica da ideologia como método ou ciência social crítica que permite compreender as manifestações da comunicação distorcida; pois estas “só podem ser compreendidas na medida em que são descobertas as condições gerais da patologia da comunicação em linguagem corrente”. Além disso Habermas aponta como alternativa que “ultrapassaria os limites da compreensão hermenêutica de sentido”, “uma teoria da comunicação em linguagem” que “abre acesso ao contexto de sentido abalado patologicamente” e que “deve expor a reconstrução racional de um sistema de regras que defina suficientemente a competência linguística geral” (HABERMAS, 1987, p. 39-40). Em resumo, “enquanto Habermas nega a universalidade da hermenêutica porque existem experiências pré-linguísticas do mundo, Gadamer afirma esta universalidade

porque para compreender e comunicar estas experiências precisamos da linguagem, e, portanto, da análise hermenêutica” (SCHIMDT, 2013, p. 213).

Ironicamente, aquele que no debate com Gadamer – que se estendeu entre os anos 1960 e 1980 – “(...) defendeu com maior ardor o ponto de vista da crítica das ideologias, era talvez aquele cujo discurso estava mais evidentemente ideologizado” (GRONDIN, 2008, p. 102). Desse modo, Habermas reconheceu, à sua maneira, a crítica (réplica) de Gadamer de que a sua crítica da ideologia era também ideológica: “o que faltava, quiçá, à crítica das ideologias era uma pequena dose de crítica das ideologias, começando pelas próprias” (GADAMER, *apud* GRONDIN, 1980, p. 102)⁸⁴. Sendo assim, Habermas foi renunciando cada vez mais à retórica da crítica das ideologias – que era uma analogia à sua ideia de reflexão psicanalítica aplicada à ordem social –, dedicando-se à elaboração da sua *Teoria da ação comunicativa* (1981). Esta teoria, tem como eixo a ética do discurso fundada na capacidade da linguagem para transcender-se a si mesma. Assim, Habermas retorna à intuição hermenêutica segundo à qual a linguagem aponta de antemão ao entendimento com o outro, à diferença que sua teoria tem como foco o uso pragmático da linguagem e não o da compreensão (GRONDIN, 2008, p. 102). Noutras palavras, o seu modo de

⁸⁴ Na réplica a Habermas, Gadamer (2011, p. 401-403) contra argumenta que a crítica da ideologia pode se transformar também em ideologia ao esconder seu pré-textos, diga-se, seus interesses. Podemos constatar isso na passagem em que Gadamer descreve as três formas de linguagem que resistem à textualização: *antitextos*, *pseudotextos* e os *pré-textos*. O autor chama de *pré-textos*, “todas aquelas expressões comunicativas que não são compreendidas segundo o sentido que elas têm em mente transmitir, mas aquelas que expressam algo que permanece mascarado. Pré-textos são, pois, aqueles textos que interpretamos numa direção que eles não referem. O que eles apresentam é um mero subterfúgio por trás do qual se oculta o ‘sentido’, e nesses casos a tarefa de interpretação converte-se em descobrir os subterfúgios e comunicar o que se expressa realmente neles. Esses textos aparecem, por exemplo, na formação de opinião pública, denunciando a influência ideológica. O conceito de ideologia quer dizer precisamente que aqui não se dá uma verdadeira comunicação, mas serve para encobrir interesses escusos. Por isso a crítica da ideologia trata de refutar o que foi dito com interesses escusos, por exemplo os interesses da classe burguesa na luta por interesses capitalistas. Seria possível igualmente criticar a própria atitude da crítica à ideologia como atitude ideológica, uma vez que defende interesses antiburgueses ou de outro tipo, mascarando assim seus próprios pré-textos”. De fato, se para Habermas (1987) a ideologia é a “distorção da comunicação”, os interesses que ela oculta podem ser os mais diversos. Diante da polêmica, independente de quem está com a razão, acreditamos que a posição do pesquisador que tem como compromisso desvelar o que está oculto e buscar a ponderação (verdade), não pode ser opção de opção ideológica, mas sim de uma atitude crítica como bem salientam Campos *et al.* (2002). Nesse sentido, vale lembrar, de acordo com Diego Gracia, que a “tentativa” de Gadamer - partindo das análises hiedeggerianas - é a de converter a hermenêutica em método da filosofia, isto é, da compreensão da realidade e, por conseguinte, a hermenêutica como o método da ética (GRACIA, 2010, p. 228-229). Sendo assim, a hermenêutica nos permite avaliar não apenas a legitimidade dos interesses e os valores ocultos pela ideologia, mas também o caráter ético e moral da própria atitude ideológica linguística e a responsabilidade das decisões encaminhadas pelos políticos. Pois, como afirma Gracia (2010, p. 229), “o objetivo da hermenêutica moral é precisamente este, tomar decisões responsáveis”.

defender a universalidade da crítica da ideologia contra a corrente hermenêutica de Gadamer, vai perdendo sua tendência dialética na medida em que passa a abordar o ideal da racionalidade como a busca do diálogo, sem coerção, isto é, baseado no melhor argumento (Cf. GRONDIN, 2008).

Em suma, dois aspectos da discussão de Habermas e sua proposta para superar os limites da compreensão hermenêutica podem ser destacados, conforme analisamos até aqui: 1) sua preocupação é com a crítica da dominação ideológica enquanto manifestação patológica da linguagem, ou linguagem distorcida, e não com a dominação econômica da qual se ocupou Marx, segundo o qual, condicionava a superestrutura que abrange os fenômenos ideológicos que distorcem ou ocultam interesses “escusos”. Para Marx, assim como “para todos os pensadores dialéticos, a distinção entre aparência e essência é primordial”⁸⁵ (NETTO, 2010. p. 8), categorias estas, que são abandonadas por Habermas deixando sua crítica da ideologia limitada; 2) Habermas abandona a ciência da psicanálise como o modelo ideal da crítica da ideologia como reflexão crítica (Cf. GRONDIN, 2008) e passa a elaborar a sua própria “teoria da ação comunicativa” que terá como objetivo “(...) ocupar o lugar da compreensão hermenêutica de sentido” (HABERMAS, 2008, p. 40). Os dois aspectos englobam, como processo, o abandono da dialética marxista e dos pressupostos básicos do materialismo dialético, particularmente a ideia de que “(...) o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual”

⁸⁵ Não por acaso Marx foi classificado por Paulo Ricouer (junto de Freud e Nietzsche) de utilizar-se de uma hermenêutica da suspeita. De acordo com Grondin (2008, p. 104-105, grifos do autor) muito antes da confrontação entre Gadamer y Habermas, Ricouer vinculava o conflito entre a hermenêutica e a crítica das ideologias a uma distinção entre dos tipos de hermenêutica: da confiança e da suspeita. 1) A **hermenêutica da confiança** ou da “coleta do sentido”: aceita o sentido tal como este se oferece à compreensão e orienta a consciência; um sentido no qual se revela uma verdade mais profunda que incumbe a uma hermenêutica amplificadora explorar; abrindo as possibilidades de sentido e ao vivido que se dá a compreender para além dessas expressões. 2) Se opõe à anterior uma **hermenêutica da suspeita**, que desconfia do sentido tal como se nos oferece, porque pode enganar a consciência. O que parece verdadeiro pode não ser senão um erro útil, uma mentira ou uma deformação, cuja arqueologia subterrânea uma hermenêutica da suspeita se propõe a reconstruir. Essa arqueologia pode ser ideológica, social, pulsional ou estrutural. Esse é o tipo de hermenêutica defendida pelos “mestres da suspeita”. Ou seja, a hermenêutica da suspeita, se distancia da experiência imediata do sentido para redirecioná-lo para uma economia mais secreta. Segundo Grondin (2008, p. 112), a ideia fundamental da hermenêutica de Ricouer, é que essas duas hermenêuticas precisam ser pensadas juntas. Ideia essa, que se aproxima da proposta de junção hermenêutica-dialética, conforme Minayo, no plano filosófico metodológico, como guia de pensamento. Grondin (2008, p. 116), salienta ainda que se entende que Ricouer queria associar Habermas a uma hermenêutica do distanciamento (e da suspeita) e Gadamer a uma hermenêutica do pertencimento (e da confiança). Se for assim, enquanto Gadamer enfatiza a pertença do entendimento ao sentido transmitido pela tradição, a crítica das ideologias alerta contra a ideologização que oculta, quiçá, essa maneira de entender.

(MARX, 2008, p. 47). Ou seja, para Habermas, primeiro a “crítica da ideologia” – ao modo como ele a concebe –, depois a “ação comunicativa” vai substituir esse papel de condicionante, em função das mudanças que houve no capitalismo contemporâneo, como acredita. A partir de então, conforme Marcondes (2010, p. 269), “sua análise crítica da ideologia utiliza elementos das teorias da linguagem da filosofia analítica para discutir os pressupostos e condições de possibilidade da ação comunicativa, das práticas dos agentes linguísticos e sociais nos diferentes contextos de uso da linguagem”. Em suma, podemos afirmar que no período da crítica da ideologia, que representa a fase de debate com Gadamer que analisamos, o foco de Habermas era já a “comunicação distorcida”, ou seja, “os casos patológicos” seja no âmbito da psicanálise seja no âmbito da coletividade, que acreditava que ficariam “subtraídos” da hermenêutica (Cf. HABERMAS, 1987, p. 40-41).

Portanto, além dessa sua crítica ser amplamente refutada por Gadamer, ao enfatizar a correção da linguagem distorcida ou comunicação sem coação, sua proposta também subtrai a dimensão da estrutura social da produção material, onde se encontra o não dito, o inefável, que fora desvelado por Marx – como explicamos antes, mesmo que sinteticamente – valendo-se da “compreensão hermenêutica como pressuposto do método dialético” (Cf. MINAYO, 2002, p. 104)⁸⁶. De acordo com Grondin (2008), Habermas renuncia a crítica da ideologia ao passar para a teoria da ação comunicativa e ética do discurso – equiparando-se à hermenêutica no que tange à função natural da linguagem de promover o consenso ou entendimento com o outro – disso se pode deduzir que é necessário um retorno à dialética de Marx e do

⁸⁶ Sendo assim, Habermas se afasta da “hermenêutica da suspeita” (Cf. RICOEUR *apud* GRONDIN, 2008) e do seu pressuposto materialista de que “há coisas que existem independentemente de nossa consciência, independentemente de nossas sensações, fora de nós” (LENIN *apud* ABBAGNANO, 2012, p. 750) e que nem sempre se manifesta como linguagem patológica, distorcida, ou mal-entendido, como Habermas (1987) defende. Em suma, o “lugar privilegiado para a interpretação” que em Marx era “a crítica da economia burguesa” (Cf. STEIN, 2013), em Habermas, será a linguagem e a comunicação. Ainda que Habermas considere o trabalho como espaço do não dito, da linguagem distorcida, ele o aborda genericamente como atividade instrumental, e não contextualizado em determinadas “relações de produção” como fazia Marx (Cf. MINAYO, 2010). Embora para Habermas a realidade também tenha primazia sobre a consciência e a linguagem, ele acredita que a dimensão da realidade que condiciona as ideias já não é mais o modo de produção da vida social, isto é, as relações sociais de produção. Esta é a crítica da dialética materialista que Habermas faz a Marx, conforme Campos, Rodrigues e Moretti-Pires (2012, p. 18-19): “o próprio materialismo histórico dialético será criticado por Habermas, tomando o trabalho e a produção não mais como categoria central para análise, mas sim como ação instrumental”. Ironicamente, Gadamer (2011, p. 283), irá argumentar, contra Habermas, que são “as realidades (...) econômicas e políticas, que determinam em primeira linha a vida da sociedade”, e não a racionalidade científica que Habermas acredita que teria se tornado a “principal força produtiva” no lugar da força de trabalho.

marxismo, como apontado por Minayo (2010)⁸⁷ para fazer sentido a combinação hermenêutica-dialética. Em parte, é isso que a autora fez ao reconstruir em profundidade a corrente metodológica do marxismo na obra *O desafio do conhecimento*, à qual, a crítica da ideologia de Habermas ainda fazia eco. Em outras palavras, faz sentido combinar hermenêutica e dialética se o conceito de crítica continuar associado à dialética marxista, pois esta, conforme tentamos apresentar, mesmo que sinteticamente, consiste no modo de compreender a realidade como processo contraditório e, por conseguinte, mutável. Para tanto, a articulação já não pode ter Habermas como o representante de um dos polos. Isso porque, no debate com Gadamer, ele apontava o duplo aspecto da linguagem: como espaço de entendimento (e de desentendimento) e de conflitos marcados pelas distorções ideológicas⁸⁸ e, com a renúncia à dialética, conforme Grondin (2008), sua teoria passará a ter como centro da discussão, o consenso e o entendimento como função da linguagem, que, por sua vez, passa a ser entendida como estruturante da sociedade. Em suma, passa para o mesmo polo da reflexão em que se situa a hermenêutica de Gadamer. Em parte, na atualização do método hermenêutico-dialético empreendido por Minayo em *Caminhos do pensamento* a autora segue a “renúncia” de Habermas à “filosofia da consciência” que a substituiu pelo pragmatismo da linguagem⁸⁹ ou da ação comunicativa, que por sua vez converge com a

⁸⁷ Conforme Capítulo 4 “Correntes de Pensamento” (MINAYO, 2010, p. 107 *et seq.*).

⁸⁸ Na prática significa o abandono do polo da reflexão ou crítica da ideologia que se ocupava do conflito e do dissenso, perdendo sentido a articulação hermenêutica-dialética, tendo Habermas como representante do polo crítico.

⁸⁹ Nesse texto, Minayo (2002, p. 102-103) apresenta a definição de A. Joja, como síntese da “práxis metodológica dialética” como “apreender os fenômenos em sua auto-relação e hetero-relação; (...) em seu movimento e desenvolvimento; (...)”; e propõe substituir, dentro da lógica que articula a hermenêutica e a dialética, o termo ‘apreender’ pela expressão ‘compreender’. “Parece pouco”, diz a autora, mas “o sentido da práxis metodológica mudaria essencialmente: deslocaria o investigador da postura de observador externo, que apreende, para a de pesquisador que se posiciona junto, no meio, em intersubjetividade e parte da história. Tal rearranjo filosófico faria a passagem da ‘filosofia da consciência’ para a filosofia da ‘comunicação’, como propõe Habermas (1987)” (MINAYO, 2002, p. 103). Neste contexto, levantamos um questionamento: se tal substituição se segue à substituição da filosofia da consciência para a filosofia da comunicação, se cancelaria, da reflexão, o polo da crítica tal como proposto pela autora; o que não se justifica porque a própria autora reafirma que nem a dialética nem a hermenêutica consideram o pesquisador como simples observador (como no positivismo) cuja práxis metodológica seria supostamente neutra. Minayo (2002, p. 102) menciona, no polo da dialética, que a “a deformação científica não começa quando se tenta aplicar, ao estudo das comunidades, métodos das ciências físico-químicas, mas no fato de considerar-se essa comunidade ‘objeto’ de estudo (GOLDMANN, 1980, p. 22)” e, do lado da hermenêutica, “a compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um ‘objeto’ dado. Mas frente à história factual, e isso significa que pertence ao ser daquilo que é compreendido (GADAMER, 1999, p. 19)”. Se por um lado, Minayo se refere a substituição dos termos porque o verbo compreender está ligado “ao ato do intelecto que pode ser chamado de judicativo, pois com ele o intelecto não somente apreende o objeto, mas também

hermenêutica. Ainda assim, a autora mantém os pressupostos da dialética materialista marxista. Caso contrário, perderia sentido a articulação de teorias que se identificam ou que se situam no mesmo polo da reflexão.

Sem dúvida, o debate entre esses autores, contribuiu muito para o avanço mútuo da filosofia e das ciências humanas e sociais, dentre estas as ciências da saúde, se considerado o seu “sentido ampliado de híbrido biológico-social”, “embora, aqui, só seja objeto de análise o componente social desse híbrido” (MINAYO, 2002, p. 83). Como afirma Stein (2013, p. 44): “a questão do método que expusemos a partir da controvérsia e da pretensão de universalidade de dois métodos, constitui-se num esforço de proteger não apenas o objeto das ciências humanas, mas os próprios procedimentos científicos contra a ameaça da selvagem atomização dos processos tecnocráticos no conhecimento”. Com a ressalva que ambas as teorias não podem ser reduzidas à teoria das ciências ou epistemologia nem a uma simples teoria de tratamento de dados (Cf. STEIN, 2013, p. 44; MINAYO, 2002, p. 97). Conforme Minayo – com base em Stein (2013) –, “nessa combinação de oposições complementares” trazem as seguintes contribuições comuns “como método de abordagem e de análise”:

*ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento;

*ambas partem do princípio de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história;

*ambas superam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento, pois consideram o investigador parte da realidade que investiga;

*ambas questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais;

*ambas se referem à práxis e desvendam as condicionantes da produção intelectual, marcada tanto pela tradição, pelos ‘pré-juízos’

assente nele ou dissente dele” (OCKHAM *apud* ABBAGNANO, 2012, p. 84). Por outro lado, a substituição da filosofia da consciência (materialista) para a filosofia da comunicação, é mais que a substituição dos termos apreender por compreender. Poderia significar uma bifurcação do percurso em que se oculta e se introjeta a ausência do avanço histórico de um método dialético de compreender a realidade pelas contradições, conflitos sociais, interesses de classes etc.

como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico (MINAYO, 2002, p. 104-105).

Para fins do nosso trabalho de pesquisa e interpretação dos textos selecionados para análise, nos guiamos pelo princípio dessa articulação metodológica, definido por Stein (2013) e Minayo (2010) como dois polos distintos da reflexão: “hermenêutica e crítica”⁹⁰.

De acordo com Stein (2013, p. 26), “o método dialético e o método hermenêutico, o primeiro partindo da oposição [ou diferença] e o segundo da mediação, constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissolúvelmente como elementos de uma unidade”. Na mesma direção, isto é, na busca de ambos os polos da reflexão por mais racionalidade, Acílio Rocha destaca:

Enquanto *reflexão*, unidade e oposição não subsistem como separados; é desta estrutura polar da reflexão que nos vem uma indicação como *crítica* e *hermenêutica* podem ser pensadas a partir do ato de reflexão; e é a partir dessa estrutura polar da reflexão que poderemos entender como crítica e hermenêutica se servem dos seus respectivos métodos para convergirem de modos divergentes no nosso tempo. Se a crítica afirma-se basicamente na *diferença* e no contraste com aquilo sobre que reflete, a hermenêutica visa primeiramente a *mediação* e a unificação com o mesmo; ambos, porém, *diferença* e *mediação*, podem ser distinguidos no ato de reflexão, que, de acordo com a sua natureza, estabelece uma relação entre aspectos distintos; por isso, e sempre, e ao mesmo tempo, *une* e *separa*.(...) Esta polaridade torna, pois, por um lado, comparáveis a hermenêutica e a crítica; por outro, manifesta uma proximidade entre ambas, de modo que uma não existe sem a outra. Assim, se a reflexão hermenêutica acentua a imanência e a mediação, a reflexão crítica enfatiza o contraste e a diferença; se a hermenêutica busca nos muitos sentidos a unidade perdida, a razão crítica apresenta-se como via eminente para apreender rupturas de sentido; quer dizer, tanto na filosofia hermenêutica como na filosofia crítica, o ideal da reflexão

⁹⁰ Para compreendermos melhor esta polaridade entre hermenêutica e crítica, convém recordar o significado de *reflexão* [que se remete a Hegel, segundo os autores]. Esta significa o que é *em* si mas enquanto se relaciona com *outro*; produzir *identidade* justamente pela *oposição*; a consciência de algo é, ao mesmo tempo, consciência de si e só se mantém na sua unidade se constantemente se relaciona com conteúdos a ela estranhos. Os dois aspectos da relação consigo e da relação com o outro constituem, de certa forma, a estrutura da reflexão que está na base da consciência (ROCHA, 2003, p. 194, grifos do autor).

aparece numa busca de mais racionalidade (ROCHA, 2003, p. 194 e 201, grifos do autor).

Estas “são as duas possibilidades de que dispõe a reflexão para se encontrar com a realidade histórica”, afirma Stein (2013). No polo que seria representado por Habermas no seu confronto com Gadamer,

(...) A reflexão crítica encontra na crítica das ideologias, como hoje se apresenta, um instrumento de produção de racionalidade para através dela encontrar-se com o seu tempo, através do diagnóstico das patologias sociais, tornando transparentes fenômenos ideológicos que aparecem na economia, na política, na filosofia, na teoria da ciência, na sociologia, na arte etc (STEIN, 2013, p. 25).

Enquanto no

Outro polo da reflexão, a hermenêutica, se caracteriza por assumir uma posição antagônica com a posição da crítica face a seu tempo. Enquanto a crítica se dirige basicamente contra seu tempo, a hermenêutica procura penetrar cautelosamente em seu tempo. (...) Através da compreensão, a hermenêutica procura atingir o sentido que nos vem do passado e que abrange, num único movimento, aquele que compreende e aquilo que é compreendido (STEIN, 2013, p. 25-26).

Noutros termos, na interpretação dos textos, levamos em conta esta distinção que é tomada como princípio da articulação hermenêutica-dialética destacada por Minayo (2002; 2010), vale dizer:

Enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica. Habermas expressa essa diferenciação, afirmando que a razão humana pode mais que simplesmente compreender e interpretar. Ela possui uma força transcendental que lhe permite exercer crítica e superar prejuízos: ‘a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia’ (HABERMAS, 1987, p. 20). (...) Enquanto a hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (MINAYO, 2010, p. 346-348).

Tendo este princípio em dois polos da razão, que fundamenta a articulação hermenêutico-dialética como *caminho do pensamento* ou guia de interpretação e

análise dos dados de pesquisa, acrescentamos ainda “as aproximações e as diferenciações” assinaladas por Minayo (2002, p. 100 *et seq.*), que permitem às duas abordagens se complementarem, buscando, de antemão, ressaltar suas potencialidades complementares:

- Enquanto a hermenêutica tenta encontrar, não a intenção ou a vontade do autor, mas ir além dele, considerando que os textos (num sentido amplo) dizem muito mais daquilo que o autor almejou dizer, buscando as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem; a dialética considera que as relações sócio históricas (dinâmicas, antagônicas e contraditórias) entre classes, grupos e culturas são o fundamento da comunicação humana, introduzindo na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

- Na medida em que nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) precisa ser lido em função do contexto no qual foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nos quais se insere. Mais do que isso, o cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só componente de investigação, são também sujeitos de relações: na defesa dessa posição, a hermenêutica de Gadamer se aproxima da dialética marxista (Cf. MINAYO, 2002; 2010).

- A abordagem dialética se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo do significado (MINAYO *et al.*, 2001, p. 24). Em seu viés articulador dos polos da objetividade e da subjetividade, considera que a vida social é o único valor comum que reúne todos os seres humanos e de todos os lugares. Nisso coincide com a hermenêutica, que proclama o terreno da intersubjetividade como o ‘lôcus da compreensão’. Nesse sentido, é possível haver um diálogo de ambas as abordagens, que preconize:

(a) a compreensão da consciência e das atitudes fundamentais dos indivíduos e dos grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo;

(b) a compreensão das transformações do sujeito da ação dialética ser humano-natureza-sociedade, numa busca de síntese entre passado, presente e projeção para o futuro;

(c) a compreensão das ações humanas de todos os tipos e dos diferentes lugares e dos acontecimentos inevitáveis ligados a elas, sejam quais forem as intenções dos atores sociais e os significados que atribuem aos eventos e a seu próprio comportamento;

(d) a compreensão de que as estruturas que condicionam os seres humanos em seu processo individual ou coletivo são construções humanas objetivadas;

(e) a compreensão de que a liberdade e a necessidade se condicionam mutuamente no processo histórico (Cf. MINAYO, 2002; 2010).

Particularmente, tomamos como base para a compreensão e interpretação dos textos (documentos utilizados como dados de pesquisa)⁹¹, as balizas especificamente da postura hermenêutica, delimitadas por Minayo (2010, p. 343-344), que podem ser assim resumidas:

- O investigador deve buscar, ao máximo, com dados históricos e pela 'empatia', o contexto dos documentos que analisa. O 'discurso' sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura;

- O pesquisador que analisa documentos passados ou atuais precisa, para entendê-los, adotar uma postura de respeito pelo que dizem, supondo que, por mais obscuridade que apresentem à primeira vista, sempre terão um teor de racionalidade e de sentido;

- O investigador não deve buscar nos textos uma verdade essencialista, mas o sentido que quis expressar quem os emitiu. Assim, o investigador só estará em condições de compreender o conteúdo significativo de qualquer documento se fizer o

⁹¹ Um dos motivos pela escolha do uso de fontes documentais, disponíveis no banco de dados do Congresso Nacional, é suas vantagens que, de acordo com Gil (2008), possibilitam conhecer o passado e os impactos deste no presente, isto é, possibilita a investigação dos processos de mudança social e cultural, além de que, favorece a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos e os respectivos vieses.

movimento de tornar presente, na interpretação, as razões do autor. Por outro lado, na interpretação nunca há última palavra, o sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto em várias direções, mas, principalmente, diante dos novos achados do contexto no qual foi produzido e diante, também, das novas perguntas que lhe são colocadas;

- Toda interpretação bem conduzida é acompanhada pela expectativa de que, se o autor estivesse presente ou pudesse realizá-la, compartilharia dos resultados das análises, ou ainda, que a interpretação deve ir além de quem escreveu o texto, pois o autor, quando o elaborou, não tinha consciência de tudo o que nele pode ser lido sobre seu tempo e sobre seus coetâneos.

Por fim, diante da amplitude dessa articulação metodológica, deduzimos o seguinte pressuposto diretamente ligado à nossa temática;

- A hermenêutica e a dialética são métodos da filosofia e, por conseguinte, da ética. A bioética, enquanto ética aplicada, pode guiar-se por essa articulação metodológica para “situar o problema do catálogo de direitos e deveres dos profissionais de saúde, no nível contemporâneo” bem como a liberdade (e a responsabilidade) da decisão das pessoas no processo de morrer, buscando “justiça à realidade em toda a sua complexidade, tendo em conta todo o contexto, tanto histórico, o social e o cultural como o individual (GRACIA, 2010, p. 239-240).

7.3. Operacionalização da Pesquisa na ótica da hermenêutica-dialética

A partir do percurso delineado, até o momento, reforçamos que nos guiamos pelos pressupostos epistemológicos da fusão hermenêutica-dialética para o desenvolvimento da pesquisa com prudência e responsabilidade, considerando as realidades com as suas peculiaridades e contrassensos e debatendo – que nem todo ato do ser humano é um ato humano –. Nesta trajetória, que não se esgota nos textos produzidos, se almeja apreender e compreender um percurso de decisões políticas que envolvem as escolhas e a liberdade das pessoas diante do morrer, bem como as soluções travadas para os conflitos éticos e de valores na distribuição de competências e desenvolvimento humano; pois, se considera o efeito prático oriundo dos valores que tais deliberações políticas constroem na sociedade. Todavia, Minayo

(2010) afirma que, apesar de a metodologia filosófica hermenêutica-dialética ser aquela que oferece um quadro referencial mais completo para análise do material qualitativo, ela não oferece instrumentos de operacionalização de pesquisa⁹². Sendo assim, a autora “inclui uma reflexão pessoal **operacionalizando** a abordagem hermenêutica-dialética” (MINAYO, 2010, p. 301, grifo nosso) a qual seguimos parcialmente ou com adaptações ao nosso propósito de pesquisa documental.

Portanto, para a investigação do nosso objeto de pesquisa, somos de acordo com a “preferência que autora dá, à hermenêutica-dialética” tendo em vista que sua “escolha fundamenta-se na busca de um instrumental que corresponda às dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões: concepções, política, administração, configuração institucional, representações sociais e relações” (MINAYO, 2010, p. 301). Como parte desse instrumental, buscamos na metodologia científica uma linguagem fundamentada em conceitos, proposições, métodos e técnicas para a compreensão dos fenômenos, processos e relações, mas sem perder de vista a impossibilidade de encontrar qualquer uniformidade de procedimentos para abordar a realidade do campo especificamente humano, da qual nós próprios, enquanto seres humanos, somos agentes e cujo conhecimento é sempre aproximado, é construído (Cf. MINAYO *et al.*, 2001, p. 10-13).

A trajetória que fizemos até aqui, transcorreu na *fase exploratória da pesquisa*, isto é, no “tempo dedicado a interrogar-se preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo” (MINAYO *et al.*, 2001, p. 26). Tanto apresentamos um longo percurso sobre os cuidados em fim de vida, abarcando

⁹² Minayo (2010), depois de descrever as “técnicas de análise de material qualitativo”, assume que a proposta da hermenêutica dialética é a que oferece um quadro referencial mais completo para análise do material qualitativo. Sua “escolha fundamenta-se na busca de um instrumental que corresponda às dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões: concepções, política, administração, configuração institucional, representações sociais e relações” (MINAYO, 2010, p. 301). Entretanto, salienta que os autores estudados não oferecem instrumentos de operacionalização de pesquisa; não é a proposta deles. Diante desse fato, a autora elabora a sua própria “proposta operativa” que não deixe em “segundo plano os aspectos extra discursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico, cultural e relacional onde o discurso circula” e que, desse modo, supere “os refinamentos técnicos, tanto da análise de conteúdo como da análise do discurso que apoiam-se na crença de que a ‘verdade’ dos significados situa-se nos meandros profundos do sentido do texto” (MINAYO, 2010, p. 353).

os cuidados paliativos (a sedação paliativa), a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido em distintas realidades como descrevemos os principais aspectos históricos e sociais que se complementam em suas construções humanas. Inclusive, esboçamos um resumido panorama a nível mundial e nacional relacionado a temática e elencamos as possíveis fundamentações filosóficas e suas linhas teóricas (éticas). Efetivamente, com uma proposta de organizar o campo das determinações na fase exploratória se discutiu um exemplo paradigmático de abordagens antagônicas⁹³, bem como delimitamos um referencial teórico de análise.

Na fase seguinte, “o *trabalho de campo* que consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento” comportou “levantamentos de material documental” (MINAYO *et al.*, 2001, p. 26), ou seja, selecionamos e coletamos os documentos oficiais disponíveis no portal do Congresso Nacional no Brasil⁹⁴, do Senado Federal⁹⁵ e da Câmara dos Deputados⁹⁶ e que estavam relacionados a questão de pesquisa. Ao passo que organizamos os documentos selecionados, efetuamos uma leitura preliminar. Após esta etapa, conforme Minayo *et al.* (2001, p. 26), “temos de elaborar o *tratamento do material* recolhido no campo, subdividindo-o no seu interior em: a) ordenação; b) classificação; c) análise propriamente dita”; para, finalmente chegarmos no relatório final. Em todas essas etapas, seguimos, portanto, como guia de pensamento e de pesquisa, princípios dialéticos e procedimentos hermenêuticos, delimitados por Minayo (2010, p. 340 *et seq.*):



Princípios com os quais a dialética trabalha na prática de análise dos materiais qualitativos:

- Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se e, portanto, não há nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas;

⁹³ No artigo “a Incorreção da Eutanásia”, o autor desconhecido J. Gay-Williams evidencia algumas objeções para a prática da eutanásia, tais como “a eutanásia vai contra os nossos instintos naturais, viola a dignidade humana e impede a possibilidade de curas milagrosas” (RACHELS; RACHELS, 2014, p.339).

⁹⁴ Link de acesso ao Congresso Nacional Brasileiro: <<https://www.congressonacional.leg.br/>>.

⁹⁵ Link de acesso ao Senado Federal: <<https://www.senado.leg.br/>>.

⁹⁶ Link de acesso a Câmara dos Deputados: <<https://www.camara.leg.br/>>.

- Há um encadeamento nos processos;
- Cada coisa traz em si sua contradição sendo levada a transformar-se no seu contrário⁹⁷;
- A quantidade se transforma em qualidade. Nos processos de transformação, as mudanças são quantitativas e concomitantemente qualitativas.



Procedimentos da hermenêutica como práxis interpretativas:

- Buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador;
- Explorar as definições de situação do autor, que o texto ou a linguagem em análise permite;
- Supor o compartilhamento entre mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida do investigador (porque compreender é sempre compreender-se);
- Buscar entender as coisas e os textos ‘neles mesmos’;
- Apoiar a reflexão sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador-intérprete e seu ‘sujeito’ de observação e pesquisa são momentos expressivos de seu tempo e de seu espaço cultural.

De maneira, sintética, a “proposta operativa” de Minayo (2010) considera a questão do contexto e da empiria e parte de um exemplo de objeto bem genérico: *Concepção de Saúde-Doença de um Determinado Segmento Social*, em que dois níveis de interpretação precisam ser realizados:

⁹⁷ Segundo Engels a dialética está presente na realidade – como forma de articulação das partes num todo e como processo de desenvolvimento dessas partes – mas, também, se manifesta no conhecimento – como forma de pensar a história da natureza e da natureza humana, das quais são abstraídas as leis da dialética. O célebre exemplo de Engels sobre a presença da dialética na realidade e a sua manifestação no pensamento é: “a morte como momento essencial da vida, a negação da vida como contida na própria negação da morte, de forma que a vida seja sempre pensada com relação a seu resultado necessário, o qual está sempre contido nela em germe, a morte” (ENGELS, *Apud* MINAYO, 2002, p. 84).

1º) o primeiro diz respeito ao campo de determinações fundamentais, que foi mapeado e definido na fase exploratória da investigação. Trata-se do momento de busca de compreensão do contexto sócio histórico, econômico e político do grupo social a ser estudado, e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise. A partir dessas definições este nível de interpretação exige elaboração de *Categorias Analíticas ou Teóricas* (gerais), as quais foram trabalhadas desde o início da construção da pesquisa “e são capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual” (MINAYO, 2010, p. 355). Este primeiro nível é o de compreensão do contexto (determinações fundamentais).

2º) O segundo nível ou momento interpretativo é, ao mesmo tempo, o ponto de partida e o ponto de chegada da análise: é o encontro com os fatos empíricos surgidos na investigação. Vale dizer, um conjunto de concepções interligados a eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos na realidade concreta. Conforme Minayo *et al.* (2001, p. 78), “as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação”. Nesse momento, é preciso encontrar no texto o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. Nesses textos existe, ao mesmo tempo, uma específica significação cultural própria do grupo e uma vinculação muito mais abrangente que junta esse grupo a círculos cada vez abrangentes e intercomunicáveis da realidade, tratados no primeiro nível. Este nível de interpretação exige elaboração de *Categorias Empíricas e Operacionais*, criadas a partir do material de campo (em nosso caso, dos documentos legislativos selecionados) contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão⁹⁸.

⁹⁸ Conforme Minayo *et al.* (2001) e Minayo (2010), as categorias a serem investigadas devem ser definidas em dois momentos da pesquisa: antes do trabalho de campo ou fase exploratória, e a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais ou abstratos e requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador (*categorias analíticas ou teóricas*). Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas (*categorias empíricas ou operacionais*). De modo geral, elas são utilizadas para estabelecer classificações e agrupar ideias ou expressões que “retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de generalização e de aproximação” (MINAYO, 2010, p. 178).

Ao destacar a importância do segundo momento da análise, a autora, explicitou o momento que nos confrontamos com os dados de pesquisa e fomos levados a uma reaproximação do objeto para a identificação dos temas que esmiuçamos. Sobre isso, diz a autora:

A partir dos dados colhidos e acumulados, o investigador se volta para os fundamentos das teorias que fizeram parte da elaboração dos conceitos iniciais na fase exploratória, para pôr em dúvida ideias evidentes anteriormente e para verificar em que medida o momento pós-trabalho de campo lhe exige aprofundamento de outros temas. Assim, o pesquisador constrói uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo (proveniente da fase exploratória) que é negado, mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração do momento presente. O novo contém o antigo, incluindo-o numa nova perspectiva (MINAYO, 2010, p. 355-356).

Para operacionalizar esse momento, que constitui o maior desafio da fase de análise, a autora propõe três fases e com os seguintes passos:

1^a) *Ordenação dos dados*: em nosso caso de pesquisa, o momento da ordenação englobou o “mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo”, isto é, o conjunto de documentos institucionais referentes a questão de pesquisa. De fato, nessa etapa uma releitura dos documentos selecionados tornou-se importante, pois os textos disponibilizados no sítio do Congresso Nacional Brasileiro⁹⁹ (ANEXOS C e D) se tornaram apenas subsídios para a análise de possíveis contextos, sendo a trajetória delineada pelos documentos disponíveis nas Casas Legislativas (Câmara dos Deputados – ANEXO A e Senado Federal – ANEXO B) através dos conceitos básicos de pesquisa e técnicas utilizados e descritos pelos próprios sítios da respectiva entidade oficial¹⁰⁰. De acordo com Minayo (2010, p. 356), “essa fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo”. Ainda, a autora “entende este trabalho como um processo hermenêutico em que se toma o material empírico” sobre o objeto de pesquisa “como um *Corpus* a ser tecnicamente trabalhado” (MINAYO, 2010, p. 356).

⁹⁹ Link de acesso ao Congresso Nacional Brasileiro: <<https://www.congressonacional.leg.br/>>.

¹⁰⁰ Link de acesso às Dicas de Pesquisa no Congresso Nacional Brasileiro: <<https://www6g.senado.leg.br/busca-congresso/dicas>>.

2ª) *Classificação de dados*: Neste momento, Minayo (2010, p. 357) esclarece que, o processo de construção de conhecimento se complexifica, uma vez que a informação que emerge do campo já traz em seu interior uma construção de indagações e respostas. Noutros termos, os dados não existem por si só; eles são construídos a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica (MINAYO *et al.*, 2001, p. 78) e no problema de pesquisa. Esse momento classificatório é constituído pelas seguintes etapas:

- *Leitura horizontal e exaustiva dos textos*, prolongando-se uma relação interrogativa com eles. Esta etapa inicial de contato com o material de campo exigiu uma leitura de cada documento, anotando-se as primeiras impressões do pesquisado, iniciando-se assim, uma busca na coerência interna das informações. Com base no que identificamos de relevante nos textos-documentos, nós elaboramos categorias específicas ou *categorias empíricas*. A propósito, na Câmara dos Deputados foram identificados 35 Projetos de Lei (PL), alguns arquivados e outros em tramitação, sendo que o PL 2893/2019, o PL 1111/2019 e o PL 9653/2018 após uma análise com as *categorias analíticas*, teoricamente, estabelecidas como balizas da investigação foram excluídos (MINAYO, 2010, p. 357). Dessa forma, se mantiveram 32 Projetos de Lei na Câmara dos Deputados.

- *Leitura transversal*: O segundo momento foi a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. O processo se complementou no recorte de cada documento e sua classificação com critérios de *variáveis empíricas* ou *teóricas* antes construídas e sua separação em temas, categorias ou unidades de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas. Em seguida, fizemos um enxugamento das classificações, agrupando tudo em número menor de unidades de sentido, compreendendo e interpretando os dados mais relevantes e representativos nos documentos estudados. Isso permitiu refinar o movimento classificatório e as múltiplas gavetas foram reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora (MINAYO, 2010, p. 358).

No entanto, para essas fases de *ordenação dos dados e classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e reorganizadas com auxílio do programa *Atlas.ti 9.0* (*software* utilizado para a análise qualitativa) afim de sintetizar o

amplo volume de material de acordo com as categorias formuladas na *fase exploratória*, para então realizar a “análise propriamente dita” e a interpretação dos dados na ótica do método hermenêutico dialético, dos conceitos e do referencial teórico delimitados.

- *Análise final*: A fase de análise depende de todas as fases que a precedem, isto é, da fase exploratória da pesquisa, da fundamentação teórica e da coleta de dados. Neste momento, estabelecemos articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. A análise aqui, é entendida em sentido amplo, que abrange a interpretação; pois, estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados de pesquisa, isto é, de focar nos *significados* dos dados concretos – notas, entre outros – e articulá-los com conhecimentos mais amplos e abstratos, aproximando a fundamentação teórica da prática da pesquisa (Cf. MINAYO *et al.*, 2001)¹⁰¹. Para a autora, as etapas de ordenação e classificação demandam uma profunda inflexão sobre o material empírico, que deve ser considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Esse movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que se movimenta entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se pode chamar, parafraseando Marx [em *Contribuição para a crítica da economia política*], “o concreto pensado” (MINAYO, 2010, p. 358-359).

A fase da análise é a que revela, de acordo com Minayo *et al.* (2001, p. 26), que “o tratamento do material nos conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição”. Como consequência, assim como no círculo hermenêutico que pressupõe que o diálogo é aberto e infundável e a compreensão nunca se esgota, pois “(...) nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas” (MINAYO, 2010, p. 331), o “ciclo” de pesquisa “nunca se

¹⁰¹ Importante salientar que, apesar de a fase de análise ser apresentada como uma fase distinta, da pesquisa, os autores compartilham a posição de Triviños (1987) segundo o qual a análise já pode estar ocorrendo desde a coleta de dados.

fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para o aprofundamento posterior” (MINAYO, 2001, p. 27).

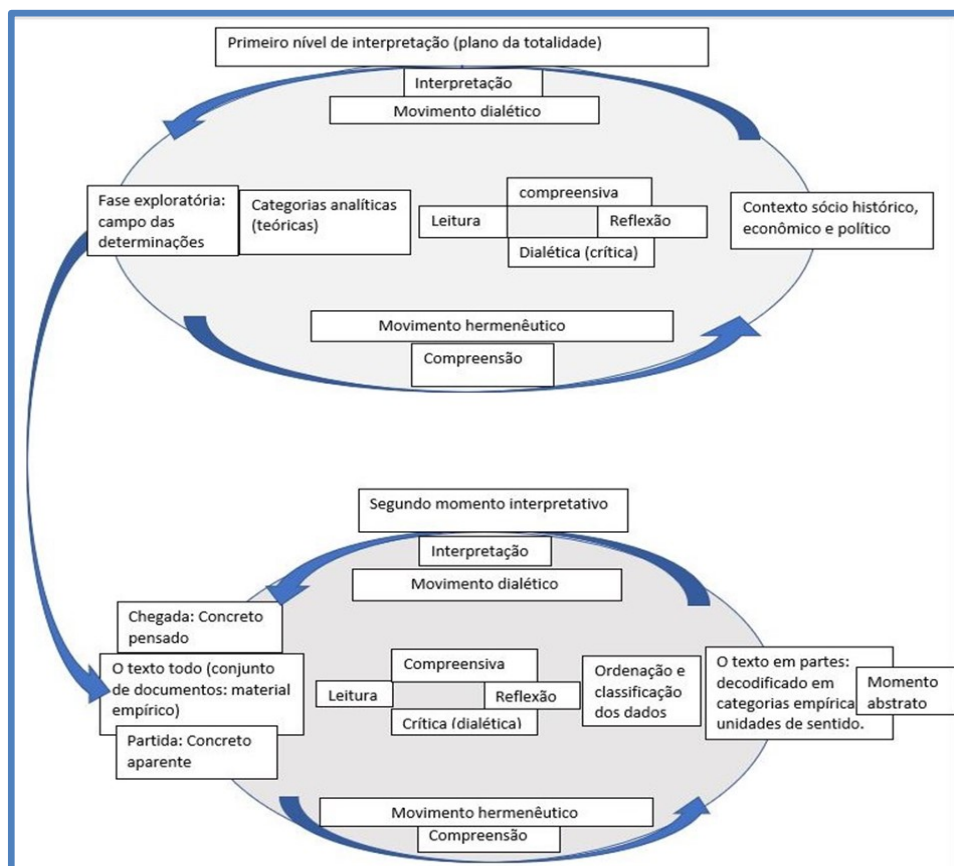
Em suma, considerando o nosso objeto e questão de pesquisa e com base nas colocações de Minayo (2010, p. 359), a análise final pretendeu apresentar aos leitores “uma quadro complexo de respostas voltadas para esclarecer a lógica interna” do grupo de agentes políticos “sobre a temática em pauta”, isto é, as *concepções de práticas em fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos – sedação paliativa)*, já que, “quando o pensa, quando fala dele, quando se relaciona e quando a partir dele se comporta, projeta e planeja sua vida”, manifesta as significações e os valores implicados na interconexão de atividade humana e suas ações situadas em um espaço temporal.

Em linhas gerais, esboçamos o esquema metodológico operacional que utilizamos para o desenvolvimento desta etapa de pesquisa e apresentamos na Figura 7, a seguir. A propósito de exemplificar ao leitor o caminho percorrido no processo de análise de dados/informações foram desenvolvidos dois níveis de interpretação: **o primeiro momento de interpretação**, que contém o mapeamento do campo exploratório de pesquisa, em que compreendemos e refletimos sobre o contexto em questão tendo como ponto de partida o tema central de pesquisa e as respectivas teorizações e leituras convergentes que deram origem às categorias analíticas “(...) capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual” (MINAYO, 2010, p. 355). Ao lado de um **segundo momento de interpretação**, foram elaborados os instrumentos de pesquisa, cuja sistematização deu origem às categorias empíricas, adentrando para o círculo hermenêutico dialético da compreensão e interpretação. Este foi realizado por meio do aspecto simultâneo da reflexão (polo da compreensão e da crítica) que nos permitiu ir além dos “conteúdos manifestos” nos documentos, e “(...) aprofundar a análise tratando de desvendar o *conteúdo latente* que eles possuem (...) para descobrir ideologias, tendências etc. das características dos fenômenos sociais que se analisam” (TRIVIÑOS, 1987, p. 162, grifos do autor).

Ao prosseguir no caminho de pensamento hermenêutico dialético, conforme estudamos, ponderamos o movimento da compreensão através do **texto todo – texto em partes – texto todo (ou contexto)**; enquanto o movimento dialético da reflexão

crítica se manteve no **concreto aparente – abstração – concreto pensado**. Neste movimento, “(...) a fala dos atores sociais é situada em seu contexto [abordado no primeiro nível de interpretação], para melhor ser compreendido” (MINAYO *et al.* 2001, p. 77) e são elaboradas as “(...) *categorias empíricas e operacionais*, criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas de grupo em questão” (MINAYO, 2010, p. 355) a partir das quais os textos (projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação) dos participantes de pesquisa, adquirem “unidades de sentido” e se transformam em *análise final*. Dessa maneira, refletimos no alcance das três finalidades da fase de análise, caracterizado por Minayo *et al.* (2001), desde o estabelecimento de uma compreensão dos dados coletados; a confirmação dos pressupostos da pesquisa e as questões formuladas com as devidas respostas; bem como a ampliação do nível de conhecimento relacionado ao assunto pesquisado, articulando-o ao contexto social e cultural da qual faz parte.

Figura 7: “Caminho de pensamento” e operacionalização hermenêutica-dialética de análise.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Inclusive, como já apontamos, os documentos utilizados foram os disponíveis nos três sítios (Congresso Nacional, Câmara dos Deputados e Senado Federal), totalizando 193 documentos, em que o Poder Legislativo – pelo artigo 44 da Constituição Federal de 1988 – é exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e do Senado Federal (BRASIL, 2020). Por sua vez, se distinguiu o contexto organizacional no Poder Legislativo através dos portais de busca, em que os textos relativos as sessões conjuntas e as comissões mistas se apresentam no sítio do Congresso Nacional, sendo que as duas últimas, separadamente, dirigem os trabalhos da Casa respectiva e, em conjunto, em muitos casos, funcionam separadamente, mesmo que de forma articulada, para o exercício das funções no Congresso Nacional.

Visto que a Câmara de Deputados possui algumas regras institucionais a serem respeitadas; tais como, estar composta por representantes do povo que são eleitos pelo sistema proporcional em cada estado, em cada território e no Distrito Federal – compondo no total 513 deputados federais e com mandato de quatro anos – se averigua um processo complexo de construção de concepções no processo de morrer e morte na realidade que o constitui como pessoa, nação, mundo e universo. Convém ainda lembrar que essa temática não se esgota nesta pesquisa e destacamos essa observação a partir do próprio método de análise escolhido e apresentado, anteriormente.

Não menos importante, está o Senado Federal – em que cada estado e o Distrito Federal – possuem o cômputo de eleger três senadores, sendo os seus mandatos de oito anos com um total de 81 parlamentares. Tanto a Câmara de Deputados possui atribuições específicas como o Senado Federal em que se pode esboçar, para um breve esclarecimento, em três conjuntos no Congresso Nacional:

1º) o das atribuições relacionadas às funções do Poder Legislativo Federal; 2º) o das atribuições das Casas do Congresso (Câmara e Senado), quando atuam separadamente; e 3º) o das atribuições relacionadas ao funcionamento de comissões mistas e de sessões conjuntas, nas quais atuam juntos os deputados federais e os senadores, embora votem separadamente (BRASIL, 2020).

Em decorrência disso, nos delimitamos a exemplificar que o Poder Legislativo Brasileiro ao exercer também atribuições legislativas, de fiscalização e de controle se

discorre uma longa trajetória que, necessariamente, se delimita a essa pesquisa na própria “instituição que, constitucionalmente, exerce o Poder Legislativo na esfera federal”, o Congresso Nacional (SANTOS, NETTO, CARNEIRO; 2018, p. 22). Se por um lado, um projeto de lei ordinária ou complementar – relativo ao tema - pode ser proposto por deputado ou senador, comissão da Câmara ou do Senado, pelo presidente da República, pelo Supremo Tribunal Federal, pelos tribunais superiores, o procurador-geral da República e os cidadãos – através de iniciativa popular. Por outro lado, a maioria dos projetos de lei começam a tramitar na Câmara dos Deputados, salvaguarda, aqueles apresentados por senador ou comissão do Senado que iniciam a sua tramitação na própria casa legislativa.

Isso posto, inicialmente, realizamos a pesquisa nos específicos portais de buscas do Congresso Nacional, da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e utilizando o campo de busca disponibilizado na página. Além disso, as palavras-chave selecionadas seguiram as orientações e dicas de pesquisa apresentadas nos devidos portais. Após sistematizar os dados coletados houve, ainda, um refinamento dos textos selecionados e se assumiu as buscas nos sítios das duas casas legislativas já que atuam separadas, porém de forma interdependente. Em outros termos, quando uma assume a função de iniciadora do projeto de lei a outra funciona como revisora e vice-versa, enquanto o Congresso Nacional, atua em conjunto (deputados e senadores) somente em casos específicos previstos na Constituição Federal.

Em relação a composição das palavras-chave de busca, utilizamos para expandir a consulta, o operador – OR – recuperando páginas que incluem a palavra “eutanásia” ou as palavras “suicídio assistido” ou as palavras “cuidados paliativos” ou as palavras “cuidado paliativo” ou a palavra “ortotanásia” ou a palavra “distanásia” ou as palavras “morte digna” ou as palavras “abordagem paliativa”. Inclusive, colocamos as palavras entre aspas para serem exibidos somente documentos que contenham as expressões específicas, associando uma busca das palavras comuns.

Em contrapartida, para obter apenas os documentos pertinentes a proposta de pesquisa, adicionamos um sinal de subtração (“-”) na frente das palavras “animais”, “animal”, “cão”, “gato”; contendo sempre um espaço antes de cada sinal de subtração e conectando a lista de palavras a serem excluídas.

Assim, foram localizados através do mecanismo de busca por meio de palavras-chave – "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato" – os documentos gerados em torno do debate e eventos direcionados as práticas em fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos com a sedação paliativa).

Ao retornarmos a última etapa, estabelecida por Minayo (2010), explicitamos os encaminhamentos que prosseguimos para finalizar a pesquisa:

- *Relatório*: A análise final dos dados ou informações encontradas nos documentos, interpretados na ótica do referencial teórico escolhido e seguindo um “caminho de pensamento” a partir do qual refletimos – nos polos da compreensão e da crítica dialética – sobre o problema de pesquisa a partir dos objetivos estabelecidos, constituiu o “relatório final da pesquisa”. Dessa forma, tivemos a elaboração de quatro textos (artigos) fundamentados no diálogo entre a pesquisadora e os “dados empíricos”, cujo conteúdo apresentado, seguiu os passos propostos por Minayo (2010, p. 360), abarcando o objeto, os objetivos, o histórico, o contexto e as circunstâncias da investigação; os conceitos centrais de forma problematizadora; “os métodos adotados e sua modalidade de operacionalização técnica; a descrição, análise e problematização dos achados empíricos; os resultados e as recomendações”.

Tanto na opinião de pesquisadora como um momento da práxis, reconhecemos que o percurso realizado, desvendou alguns dos nossos limites e, também, condicionamentos, tendo em vista as observações de Minayo (2010, p. 359) em que a “investigação social como processo de produção e produto é, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção”.

7.4. Resultados da pesquisa

Os resultados deste estudo foram apresentados sob a forma de quatro artigos (Figura 8), conforme o regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, sendo que a *fase de análise final* com as categorias temáticas juntamente

com as categorias analíticas abrangeram uma análise bioética dos projetos de leis, em seus respectivos contextos de debates, relacionados às práticas de fim de vida, bem como uma discussão sobre as diversas concepções construídas nos processos argumentativos. Em seguida, adentramos na reflexão sobre os desafios do percurso de delimitações referentes às práticas de fim de vida, no contexto brasileiro, particularmente sobre a associação entre os cuidados paliativos e a ortotanásia e a frágil distinção que os legisladores fazem dessa última em relação à eutanásia.

Figura 8: A produção de artigos, conforme resultado da pesquisa.

Artigo 1 – Práticas de fim de vida: uma análise bioética dos projetos legislativos discutidos na esfera federal do Poder Legislativo Brasileiro.

Artigo 2 – Concepções de práticas em fim de vida, uma construção em distintas realidades: do cotidiano à responsabilidade.

Artigo 3 – Suicídio Assistido, Eutanásia Voluntária Ativa, Ortotanásia e os Cuidados Paliativos: um panorama das discussões no Poder Legislativo Federal Brasileiro.

Artigo 4 – Ortotanásia sim... Eutanásia não? uma reflexão sobre as propostas de legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Edição revista e ampliada. 6ª ed. São Paulo: Martins fontes, 2012.

ABOGLIO, A. M. Utilitarismo e bem-estarismo: esclarecimentos para aprofundar a compreensão das diferenças substanciais com relação à Teoria dos Direitos Animais. **Trad. Regina Rheda, *Ánima*** – Ética para os Direitos Animais. **2008**. Disponível em: <<https://veganbr.wordpress.com/2011/07/27/utilitarismo-e-bem-estarismo>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

ALMEIDA M.A.B, GUTIERREZ G.L, MARQUES R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP; 2012.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O Manual de Cuidados Paliativos**. (orgs). CARVALHO, R. T. de, PARSONS, H. A. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: < www.paliativo.org.br>. Acesso em: 21 mar. 2020.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Cuidados paliativos como especialidade da Enfermagem**. 17 de janeiro de 2017. [Notícias]. Disponível em:< <http://www.paliativo.org.br/noticias/2017/01/cuidados-paliativos-como-especialidade-da-enfermagem/>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

ANDRADE, A.M.; COUTINHO, R.L.F. **Processo legislativo nas comissões da Câmara dos Deputados** [*recurso eletrônico*]. 2º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Livro II. Tradução: Vincenzo Cocco *et al.* São Paulo: Abril Cultural, 1979.

ATWILL, N. **Death and dying**. March 2, 2008. Luxembourg. Disponível em: < <https://www.loc.gov/law/foreign-news/article/luxembourg-right-to-die-with-dignity/>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

AUDARD, C. **Utilitarismo**. Tradução: Maria Vitoria Kessler. *In*: Dicionário de ética e filosofia moral. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

AZEVEDO, M. A. O. Eutanásia e suicídio assistido. *In*: João Carlos Brum Torres. (Org.) **Manual de ética**: questões de ética aplicada. Petrópolis, RJ: Vozes; Caxias do Sul, RS, 2014.

BARBI, M. Z. **A inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação no Curso de Especialização: Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto). Curso de especialização e aprimoramento em Luto da entidade Quatro Estações Instituto de Psicologia, São Paulo, 2011.

BARCHFONTEINE, C. P. Educação para a cidadania em tempo de incertezas. *In*: PESSINI, L; SIQUEIRA, J.E; HOSSNE, W. S. (Orgs). **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Loyola, 2010, p.275-308.

BARCFontaine, C. P. A dignidade no processo de morrer. *In*: BARCFontaine, C. P., PESSINI, L. (Orgs). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001, p. 283-296.

BATISTE, X.G *et al.* The technical advisory group (tag) supporting the Who Palliative care initiative. *In*: BATISTE, X.G.; CONNOR, S. (Orgs). **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Catalonia: edity by Chair of Palliative Care, WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, “la Caixa” Banking Foundation, 2017a.

BATISTE, X.G *et al.* Principles, definitions and concepts. *In*: BATISTE, X.G.; CONNOR, S. (Orgs). **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Catalonia: edity by Chair of Palliative Care, WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, “la Caixa” Banking Foundation, 2017b.

BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução: Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola; 2000, 2002, 2004.

BÉLGICA. Ministerie van Justitie. **Wet betreffende de euthanasie de 28 MEI 2002**. Disponível em:<
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&pub_date=2002-06-22&numac=2002009590&caller=summary>. Acesso em: 21 out. 2020.

BERLINGUER, G. **A bioética quotidiana**. Prima Edizione Digitale. Firenze: Giunti S.p.A. 2010.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Tradução de Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280 p.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida: ética, ciência e saúde**. 1ª ed. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE, HUCITEC, CEBES, 1993.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. Tradução de Pe. Bruno Giuliani. São Paulo: Editora Hucitec, 1987.

BOARINI, S. **Casuística Contemporânea**: formas e usos contemporâneos da casuística. Tradução de Paulo Neves. *In*: Dicionário de ética e filosofia moral. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

BORGES, M.L; DALL’AGNOL, D.; DUTRA, D.V. **Ética**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

BORGES, M.L; DALL’AGNOL, D.; DUTRA, D.V. **Tudo o que você precisa saber sobre ética**. [S/D].

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

BONELLA, A. E. **Moralidade, motivação e objetividade**. In: O lugar das emoções na ética e na metaética. WILLIGES, F.; COPP, D.; FISHBORN, M. (Orgs). Santa Maria: UFSM, 2014.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação. **Constituição Federal de 1988**: Constituição Federal de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em: 26 jul. 2020

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Regimento Comum**: Resolução nº 1, de 1970-CN. (texto consolidado até janeiro de 2019). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: < <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>. Acesso em: 05 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº1 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº2 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº3 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº4 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº5 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº6 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: INCA, 2017g. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 03 ago.2019.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. MS. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 08 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 238 de 13 de dezembro de 2006**. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, DF, 12 dez. 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2006/dezembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-237-141206/legislacaofederal/portariams-gmn3.150de12.12.06.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 675 de 30 de março de 2006**. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília, DF, 30 mar. 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/236/8-portaria-n-675gm-de-30-de-marco-de-2006-%5B236-010311-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Agência do Senado. **Relatório do novo Código Penal mantém aborto e eutanásia como crimes e dificulta progressão de regime**, 2015. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/08/20/relatorio-do-novo-codigo-penal-mantem-aborto-e-eutanasia-como-crimes-e-dificulta-progressao-de-regime>>. Acesso em: 08 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, DF, 03 jan. 2002a. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html >. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. **Resolução DC/ANVISA nº 202 de 18 de julho de 2002**. Dispõe sobre a exigência de Notificação de Receita "A". Norma Federal - Publicado no Diário Oficial em 19 jul. 2002. DF, 19 jul. 2002b. Disponível em: <
https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-202-2002_97815.html >. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.318 de 23 de junho de 2002**. Define para o Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SAI/SUS. DF, 23 jul. 2002c. Disponível em: <
http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_1318.2002/view >. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.319 de 23 de julho de 2002**. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. DF, 23 jul. 2002d. Disponível em: <
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4449.html>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, DF, 03 jan. 2002b. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html >. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Diário do Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 125, de 1996**. Dispõe sobre a prática da eutanásia, nas circunstâncias que especifica. Disponível em: <
<https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/7280?sequencia=31&sequenciaFinal=40#search=DSF-90-1996.%20>>. Acesso em: 08 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso: 20 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 4.662 de 1981**: Do Sr. Inocêncio de Oliveira. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/busca/?wicket:interface=:1:2:::> Acesso em: 08 out. 2020.

CALDEIRA, A.S. **A Ética entre a mundialização e a identidade**. In: SIDEKUM, A. (Org.) *Alteridade e multiculturalismo*. Ijuí/RS: Ed. Unijuí, 2003. p. 355.

CALIFORNIA. Legislative Information, **SB-128 End of life, 2016**. Disponível em: < https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520160SB128>. Acesso em: 12 abr.2017.

CANADÁ. Statutes of Canadá- 2016. First Session, Forty-second Parliament, 64-65 Elizabeth II, 2015-2016. **An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)**. Assented to June 17, 2016. Bill c-14.

CANADÁ. Government of Canada. **Medical assistance in dying**. [Internet]. Atualizado no dia 26 de abril de 2017a. Disponível em: < <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>>. Acesso em 15 jun.2017.

CANADÁ. Government of Canada. **Interim update on medical assistance in dying in Canada June 17 to December 31, 2016**. [Internet]. Atualizado no dia 31 de maio de 2017b. Disponível em: < <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-dec-2016.html>>. Acesso em 05 jun.2017.

CANTO-SPERBER, M. **Felicidade**: a felicidade e o soberano bem. Tradução de Paulo Neves. In: *Dicionário de ética e filosofia moral*. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

CARIOU, P. **Caso**: caso de consciência. Tradução de Paulo Neves. In: *Dicionário de ética e filosofia moral*. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

CARNEIRO, A.C.S.; SANTOS, L.C.A; NETTO, M.G.N. **Curso de regimento interno da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]**. 5º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2019.

CARRAUD, V.; CHALINE, O. **Casuística**: casuístas e casuística nos séculos XVII e XVIII. Tradução de Paulo Neves. In: *Dicionário de ética e filosofia moral*. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

CASTRO, M.P.R. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 581, de 11 de julho de 2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu

concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília-DF. 2018. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-581-18.pdf>>. Acesso em: 04 ago.2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília-DF: Conselho Federal de Enfermagem. 2018. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf> >. Acesso em: 08 fev.2018.

CONSTITUTE. **Luxembourg's Constitution of 1868 with Amendments through 2009**: subsequently amended. 2012. English Translation by William S. Hein & Co., Inc. Translated by Jefri J. Ruchti. Disponível em: < https://www.constituteproject.org/constitution/Luxembourg_2009.pdf?lang=en>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm>. Acesso em: 02 fev.2017.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **A medicina para além das normas**: reflexões sobre o novo código de ética médica. (Orgs) NEVES, N.M.B.C. Brasília: DF, 2010.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1995/ 2012**. Brasília-DF. Disponível em:< http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 02 fev.2017.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.149/ 2016**. Brasília-DF. Disponível em:<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 02 fev.2017.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 06 ago.2019.

CHILDRESS, J.F. **Um mercado livre iria reduzir as doações e mercantilizar o corpo humano**. *In*: A coisa certa a fazer: leituras básicas sobre filosofia moral. RACHELS, J.; RACHELS, S. (Orgs). Tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 6º ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

COLOMBIA. Ministerio de salud/ Protección Social. República de Colômbia. **Resolución número 00001216 de 2015**. Disponível em:< https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

COLOMBIA. Corte Constitucional/República de Colômbia. **Sentencia C-239/97**: Homicídio por piedade, 1997. Disponível em:< <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica 41 /2012**. Brasília, 20 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-41_2012-Rede-Cronicas-final.pdf>. Acesso em 15 jan. 2019.

CONNOR, S.; BATISTE, X.G. Assessing the need for palliative care in populations and contexts. *In*: BATISTE, X.G.; CONNOR, S. (orgs). **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Catalonia: edity by Chair of Palliative Care, WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, “la Caixa” Banking Foundation, 2017.

CORTINA, A; MARTÍNEZ E. **Ética**. Tradução Silvana Cobucci Leite; 6º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

CORTINA, A. **Ética mínima**: introdução à filosofia prática Adela Cortina; prólogo José Luis L. Aranguren; tradução Marcos Marcionilo. São Paulo: Martins Martins Fontes, 2009.

CORTINA, A. **O Fazer Ético**: Guia para a educação moral. São Paulo: Moderna, 2003.

CORTINA, A. **¿PARA QUÉ SIRVE Realmente...? LA ÉTICA**. Barcelona, Espanã: Paidós, 2013.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. 3º Ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DALL’AGNOL, D. O que é metaética. *In*: DARWALL, Stephem, GIBBARD, Allan, RAILTON, Peter. **Metaética**: algumas tendências. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2013.

DALL’AGNOL, D. (Org). Segunda parte: **Éticas modernas**. Como devo agir? Florianópolis/ SC. UFSC: 2018a.

DALL’AGNOL, D. (Org). Capítulo 7: **Ética pós-moderna?** Florianópolis/ SC. UFSC: 2018b.

DALL’AGNOL, D. **Filosofia e bioética no debate público brasileiro**. Ideias: Campinas (SP), nº 4, nova série. 1º semestre, 2012. p. 95-121.

DC HEALTH. **Death with Dignity Act of 2016**. Washington, DC 20002. Disponível em: <<https://dchealth.dc.gov/page/death-dignity-act-2016>>. Acesso em: 15 dez.2019.

DEATH WITH DIGNITY. **Death with Dignity’s 2019 Year in Review**. December 9, 2019. Portland, OR 97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/news/2019/12/year-in-review/>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

DEATH WITH DIGNITY DISTRICT OF COLUMBIA. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. B21-0038. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/states/district-of-columbia/>>. Acesso em: 28 nov.2019.

DEATH WITH DIGNITY HAWAII. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/states/hawaii/>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

DEATH WITH DIGNITY NEW JERSEY. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/states/new-jersey/>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

DEATH WITH DIGNITY WASHINGTON. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/states/washington/>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DEATH WITH DIGNITY VERMONT. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/states/vermont/>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

DE CAMPOS, D.A; RODRIGUES, J.; MORETTI-PIRES, R. O. Pesquisa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 14-24, 2012.

DE CASTRO, M. P. R. et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Brasília / DF. Brasil. Conselho Federal de Medicina. **Rev. bioét.** (Impr.); 24 (2): 355-67. 2016.

DEMO. P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DGHS. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben. **Mit der DGHS sorgen Sie vor**. 2020. Disponível em: <<https://www.dghs.de/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

DI BARTOLOMEO, M. Ministério da Saúde. Prefácio. *In: Eutanásia e Suicídio Assistido*: lei de 16 de março de 2009: 25 perguntas, 25 respostas. 2010. Disponível em: <<http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-pt.pdf>>. Acesso em 21 fev. 2020.

DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. **Come funziona Dignitas**: Quali sono le basi filosofiche dell'attività di questa organizzazione? 3ª ed. 2014. Forch, Svizzera. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/so-funktioniert-dignitas-i.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. Comunicato da DIGNITAS – Vivere degnamente- **Morire dignamente sulle attività dell'associazione**. Zürich-Forch, 21 agosto 2017. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/medienmitteilung-21082017-i.pdf>>. Acesso em: 10 fev.2020.

DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. **DIGNITAS - To live with dignity** - To die with dignity members as of 31 December 2019, Countries of Residence. 2020a. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-mitglieder-wohnsitzstaat-31122019.pdf>>. Acesso em: 10 fev.2020.

DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. **Dichiarazione d'adesione**. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/beitrittserklaerung-italiano-dichiarazione-adesione.pdf>>. Acesso em: 08 fev.2020.

DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. **Statuti**. 2018. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statuten-dignitas-i.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DIGNITAS. **Countries with End-of-life help laws and/or regulations**. 5 March 2020b. Disponível em: <http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=88&language=en>. Acesso em: 07 mar. 2020.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2005.

DRZE. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. **Modules of Euthanasia**. 2020. Bonner Talweg 57: D-53113 Bonn. Disponível em: <<http://www.drze.de/in-focus/euthanasia/modules>>. Acesso em: 06 mar.2020.

DYER, O.; WHITE, C.; RADA, A.G. Assisted dying: law and practice around the world. **BMJ** 2015; 351:h4481 doi: 10.1136/bmj.h4481 (Published 19 August 2015). Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4481>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

DW. Deutsche Welle. Alemanha autoriza suicídio assistido se houver vontade do paciente. 25/06/2010. Revisão: Roselaine Wandscheer. **Deutsche Welle**: Kurt-Schumacher-Strasse 353113 Bonn. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/alemanha-autoriza-suic%C3%ADdio-assistido-se-houver-vontade-do-paciente/a-5734089>> Acesso em: 11 fev. 2020.

DWORKIN, R. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Martins Fontes, 2003.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death**: ranking end-of-life care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2010. Disponível em: <<http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index**: ranking palliative care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos** – seguido de – “envelhecer e morrer”. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ENGELHARDT, H.T. (JR). **Fundamentos da Bioética**. Tradução: José A. Ceschin. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

ERGO. Euthanasia Research & Guidance Organization. **World laws on assisted suicide**. 2019. Disponível em: <<https://www.finalexit.org/index.html>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

EXIT. Deutsche Schweiz. **Statuti**. 2016. Postfach 8032 Zürich. Disponível em: <<https://exit.ch/it/per-cosa-lotta-exit/statuti/>>. Acesso em 15 jan. 2020.

FACHINI, M. **A eutanásia sob a ótica utilitarista de Peter Singer**: uma análise em vista do profissional da saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2013.

FEITO, L. Bioética. *In*: **Ética y ciudadanía**: 2- deliberando sobre valores. Diego Gracia (coordenador). Madrid: PPC, 2016.

FELIPE, S. T. **Rawls**: uma teoria ético-política da justiça. *In*: Correntes fundamentais da Ética Contemporânea. Manfredo A. de Oliveira (Org). 5º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FELIPE, S. T. **Ética e Experimentação Animal**: Fundamentos abolicionistas. Florianópolis, SC: Editora UFSC, 2007.

FERRAZ, O. L. M. Eutanásia e homicídio – matar e deixar morrer: uma distinção moralmente válida? **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 108-114, 2001.

FINLANDIA. The National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics ETENE. **Position**: Human dignity, hospice care and euthanasia. 2012. Disponível em: < <https://etene.fi/en/statements-and-opinions-2012>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FINLANDIA. Ministry of justice. **The Criminal Code of Finland**: (39/1889, amendments up to 766/2015 included). 1889. Disponível em: < <https://www.legislationline.org/documents/section/criminal-codes/country/32/Estonia/show>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FLEISCHACKER, S. **Uma breve história da justiça distributiva**. Tradução: Álvaro de Vita. Revisão da tradução Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOLEY K. M. The Past and Future of Palliative Care. *In*: Improving End of Life Care: Why has it been so difficult? (orgs.) JENNINGS, B., KAEBNICK, G. E., MURRAY, T.H. **The Hastings Center**. 2005. Disponível em: < http://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/improving_eol_care_why_has_it_been_so_difficult.pdf>. Acesso: 13 set. 2020.

FORTES, P.A.C. **Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde**. *In*: Bioética e Saúde Pública. Paulo Antônio de Carvalho Fortes e Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (Orgs). 2º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

FURROW, D. **Ética**: conceitos-chave em filosofia. Tradução: Fernando José R. da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007. 184 p.

GADAMER, H.G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10º ed. Petrópolis: Vozes; 2008. 631p.

GADAMER, H.G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 15. ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

GADAMER, H.G. **Verdade e método II**: complementos e índice. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

GALVÃO, P. **Utilitarismo de John Stuart Mill**. Portugal: Porto Editora, 2005.

GARRAFA, V. OSELKA, G. DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Eqüidade. Brasília / DF. Brasil. Conselho Federal de Medicina. **Rev. bioét.** (Impr.); 5, nº 1, 27-33; 1997.

GAY-WILLIAMS, J. A incorreção da eutanásia. *In*: RACHELS, James; RACHELS, Stuart. **A coisa certa a fazer**: leituras básicas sobre filosofia moral. 6º ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

GBS. Giordano Bruno Stiftung. **An Assistant to the Dying Who Loved Life**. 2019/04/13. An obituary by Michael Schmidt-Salomon. Disponível em: <<https://www.giordano-bruno-stiftung.de/en/obituary-uwe-christian-arnold>> Acesso em: 104 fev. 2020.

GERMANY. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection and the Federal Office of Justice. **Basic Law for the Federal Republic of Germany**. 2019a. Translated by: Professor Christian Tomuschat, Professor David P. Currie, Professor Donald P. Kommers and Raymond Kerr, in cooperation with the Language Service of the German Bundestag. Germany: Karlsruhe. Disponível em: < https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_gg/>. Acesso em: 05 mar.2020.

GERMANY. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection and the Federal Office of Justice. **Strafgesetzbuch (StGB)**. 2019b. Ausfertigungsdatum: 15.05.1871. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2019. Disponível em: <<https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/StGB.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

GERMANY. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection and the Federal Office of Justice. **Bundesverfassungsgericht**: Criminalisation of assisted suicide services unconstitutional. Press Release No. 12/2020 of 26 February 2020. Disponível em: <<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/EN/2020/bvg20-012.html>>. Acesso em: 07 mar.2020.

GIACOIA JÚNIOR, O. Hans Jonas: o princípio responsabilidade. *In*: **Correntes fundamentais da ética contemporânea**/Manfredo A. de Oliveira (Org.). 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 1º reimpressão, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDIM, J. R. **Caso Karen Ann Quinlan** (série online), 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/karenaq.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

GOLDIM, J. R. **Breve histórico da eutanásia** (série online), 2000. Disponível em: < <http://www.bioetica.ufrgs.br/euthist.htm> >. Acesso em: 20 ago. 2019.

GOMES, W.B., BREDEMEIER, J. Percepção de qualidade de vida de pessoas com fibrose cística: um estudo sobre a adequação dos instrumentos de medida. **Rev. Psiquiatria**. Porto Alegre, v.29, n.1, p.35-43, 2007.

GOMES, T.F. **As premissas do sistema ético-filosófico de Max Scheler**. Pelotas: Razão e Fé, 15(2):77-120, jul-dez. 2013.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. 1ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2010.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Rev. Medicina Clínica**, vol.10, p.18-23, 2001.

GRACIA, D. **Ética de los confines de la vida**. Ética y Vida: Estudios de Bioética, nº3. Editora: Editorial el búho Ltda, 1998.

GRACIA, D. Historia de la eutanasia. In: Gafo J. **La Eutanasia y el Arte de Morir**. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, p. 13-32, 1990.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid, 2011.

GRACIA, D. ¿Cómo proceder? El problema del método. In: **Ética y ciudadanía: 2- deliberando sobre valores**. Diego Gracia (coordinador). Madrid: PPC, 2016.

GRACIA, D. *et al.* **Ética y ciudadanía: 1- construyendo La ética**. Madrid: PPC, 2016a.

GRACIA, D. *et al.* **Ética y ciudadanía: 2- deliberando sobre valores**. Madrid: PPC, 2016b.

GRONDIN, J. **¿Qué es la hermenéutica?** Barcelona: Herder Editorial, S.L., 2008.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HANNAH, A. **A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar**. Tradução ALMEIDA, C.A.R.; ABRANCHES, A.; MARTINS, H.F. 2º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

HANS, J. **A sacralidade da pessoa: nova genealogia dos direitos humanos**. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

HESSEN, J. **Filosofia dos Valores**. Tradução: Cabral de Moncada. 5º ed. Coimbra: Arménio Amado, Editor, Sucessor; 1980.

HOBUSS, J. (*Org.*) **Ética das virtudes**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

HOLANDA. Government of the Netherlands. **Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request**. 2017a. Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/euthanasia/contents/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>>. Acesso em: 12 jul.2020.

HOLANDA. Government of the Netherlands. **Is euthanasia allowed?** 2017b. Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/euthanasia/contents/is-euthanasia-allowed>>. Acesso em: 12 jul.2020.

HOLANDA. Lei sobre a cessação da vida a pedido e o suicídio assistido (procedimentos de revisão), 2002. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 10ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2012, p. 551- 560.

HOLM, S. Legalizar a eutanásia? Uma perspectiva dinamarquesa. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/297/436>. Acesso em: 08 nov. 2016.

HUMAN RIGHTS WATCH. **World report: 2014 [events 2013]**. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Desktop/wr2014_web_0.pdf>. Acesso em: 03 out. 2019.

HUSAK, D. N. Killing, letting die and euthanasia. **Journal of medical ethics**, v. 5, n. 4, p. 200-202, 1979.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Tratamento pelo Sistema Único de Saúde, 2017**. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ITÁLIA. Ministero della Salute. **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**. Disponível em: <http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_507_allegato.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

ITÁLIA. Ministero della Salute. **Legge 38 del 2010**. Disponível em: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge>. Acesso em: 12 nov. 2016.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução: QUINTELA, P. Portugal: Edições 70 Lda, 2007.

KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS. **Euthanasia Regulations Around the World**, 2017. Disponível em: <<https://ethicslab.georgetown.edu/euthanasia-map/text.html>>. Acesso em: 23 mar.2017.

KONDER, L. **O que é dialética**. 28. Ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

KOTTOW, M. Bioética publica: uma proposta. **Revista de Bioética**, v. 19, n. 1, p. 61-76, 2011.

KUHL, S. The Nazi connection: Eugenics, American racism, and German national socialism. **Oxford University Press**, 2002.

KUHN, M.; BETHLEN, I. **Guida esplicativa alla disposizione del paziente**: in funzione del diritto di protezione degli adulti. 5ª edizione rivista, 2017. Editore: EXIT – Deutsche Schweiz. Casella Postale 8032 Zurigo. Disponível em: <<https://exit.ch/it/download/>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

LEITE, F.T. **10 lições sobre Kant**. 9º ed. (Coleção 10 Lições). Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

LEPARGNEUR, H. Bioética da Eutanásia Argumentos Éticos em Torno da Eutanásia. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009.

LIPPMANN, E. **Testamento Vital**: o direito a dignidade. São Paulo: Matrix, 2013.

LÖWY, M.; DUMÉNIL, G.; RENAULT, E. **100 palavras do marxismo**. [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

LUXEMBURGO. Ministério da Saúde. Ministério da Seguridade Social. **Euthanasia and palliative care**. 2018. Disponível em: <<https://guichet.public.lu/en/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs.html>>. Acesso em: 23 fev. 2020.

LUXEMBURGO. Ministério da Saúde. Ministério da Seguridade Social. **Eutanásia e Suicídio Assistido**: lei de 16 de março de 2009: 25 perguntas, 25 respostas. 2010. Disponível em: <<http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>>. Acesso em: 24 fev.2020.

MACIEL, M.; SALES, A. Terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev. Prática Hospitalar**. São Paulo, Ano VIII, n. 47, p. 46-49, Set-Out, 2006.

MAINE DEATH WITH DIGNITY. 2019. Wiscasset, ME 04578. Disponível em: <<https://www.mainedeathwithdignity.org/>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

MAINE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Division of Public Health Systems**. 2019. Augusta, Maine 04333. Disponível em: <<https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/public-health-systems/data-research/vital-records/forms/index.shtml>>. Acesso em: 02 jan.2020.

MALTONI, M.; PITTURERI, C.; SCARPI, E.; PICCININI, I.; MARTINI, F.; TURCI, P. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. **Ann Oncol**. 2009; 20(7):1163-9.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 12ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 13ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

MALTONI, M.; SCARPI, E.; ROSATI, M.; DERNI, S.; FABBRI, L.; MARTINI, F.. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. **Journal of Clinical Oncology**. 2012; 30(12): 1378-1383.

MARTINO, S. DIGNITAS. Vivere degnamente - Morire dignamente. Consulta di Bioetica. Esperienze di suicidio assistito in Svizzera. **Convegno internazionale per l'eutanasia in Italia**. Roma, 27 - 28 giugno 2017. Disponível em: <<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-consulta-bioetica-28062017.pdf>>. Acesso em: 14 fev.2020.

MARX, K. **Prefácio**. In: MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. 2º. Ed. Expressão Popular, 2008.

MATERSTVEDT, L. J. *et al.* Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. **Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, p. 97-101, 2003.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: Manual de cuidados paliativos. (Orgs). **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

McMAHAN, J. **A ética no ato de matar**: problemas às margens da vida. Tradução: Jônadas Techio. Revisão Técnica: Fernando José R. da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2011. 540p.

MERCADANTE, S.; INTRAVAIA, G.; VILLARI, P.; FERRERA, P.; DAVID, F.; CASUCCIO, A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. **Journal of pain and symptom management**. 2009; 37(5): 771-779.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 18ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social**. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013; 18(9): 2484.

MILIČEVIĆ, N. The hospice movement: history and current worldwide situation. **Archive of Oncology**, v. 10, n. 1, p. 29-31, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Desktop/0354-73100201029M.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

MILL, J. S. **Utilitarismo**. Portugal: Porto Editora, 2005.

MILL, J. S. **On Liberty**. edited by David Bromwich and George Kateb; with essays by Jean Bethke Elshtain . . . [et al.]. Printed in the United States of America by Vail-Ballou Press, Binghamton, New York, 2003.

MILL, J.S. **O utilitarismo**. *In*: A coisa certa a fazer: leituras básicas sobre filosofia moral/James Rachels, Stuart Rachels. Tradução técnica: Delamar José Volpato Dutra. 6ªed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 369p.

MORA, J. F. **Dicionário de Filosofia**. Tradução: Maria Stela Gonçalves, Adail U. Sobral, Marcos Bagno, Nicolás Nyimi Campanário. 2ªed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. 2010. Disponível em: <<http://cressrn.org.br/files/arquivos/50RJ5W8gL69H4A2o122W.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2020.

NETO, L.I.L. **A legalização da eutanásia no Brasil**, 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/legaliza%C3%A7%C3%A3o-da-eutan%C3%A1sia-no-brasil>>. Acesso em: 04 maio 2020.

OREGON HEALTH AUTHORITY. **Death with Dignity Act**, 2017. Disponível em: <<http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/index.aspx>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

OXFAM International. **Extreme inequality and essential services**. Disponível em: <<https://www.oxfam.org/en/what-we-do/issues/extreme-inequality-and-essential-services>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

PACHECO, L.B.; MENDES, P.R. **Perguntas e respostas sobre Regimento interno da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]**. 5º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

PACHECO, L.B.; RICCI, P. **Normas regimentais da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]: do império aos dias de hoje**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

PASTRANA T. *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP**. 1ª edición. Houston: IAHPC Press, 2012.

PASTRANA T. *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica**. Edición cartográfica. Houston: IAHPC Press, 2013.

PATIENTS RIGHTS COUNCIL. **Luxembourg permits both euthanasia and assisted suicide**. 2013. Disponível em: <<http://www.patientsrightscouncil.org/site/luxembourg/>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *In*: VALDEMAR, A. A. et al. (Org). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PESSINI, L. Distanásia: **Até quando prolongar a vida?** 2º ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo. Loyola, 2007.

PESSINI, L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, 2010.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas Atuais de Bioética**. 10ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo – Edições Loyola, 2012.

PETRY, F.B. BEAUCHAMP, TL & CHILDRESS, JF. Princípios de Ética Biomédica. [Resenha]. **Revista ethic@**, Florianópolis, v.3, n.1, p.87-92, 2002.

PETTIT, P. **Liberalismo**: liberalismo e republicanismo. Tradução de Magda Lopes. *In*: Dicionário de ética e filosofia moral. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

PORTER, C. Celebrating at his own wake. International edition, **The New York Times**. Monday, mai 29, 2017.

PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das Bioéticas brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1 Supl, p. 719-29, 2011.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidade**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. 1ª Ed. Madrid: Triascatela, 2011.

RACHELS, J.; RACHELS, S. **A coisa certa a fazer**: leituras básicas sobre filosofia moral. Tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 6º ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

RACHELS, J.; RACHELS, S. **Os elementos da filosofia moral**. Tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 7º ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

ROCHA, A.S.E. A questão da “universalidade da hermenêutica”: Controvérsia, aporias, pluridimensionalidade. **Phainomenon**, [S.l.], n. 5-6, p. 183-205, abr. 2003. Disponível em: <<http://phainomenon-journal.pt/index.php/phainomenon/article/view/220>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

ROSA, D.O.S; FONTOURA, E.G. **Bioética e os Cuidados Paliativos**. *In*: Enfermagem em cuidados paliativos – cuidando para uma boa morte. Rudval Souza da Silva, Juliana Bezerra do Amaral e William Malagutti (Orgs). São Paulo: Martinari, 2013. 454 p.

ROSS, K.E. **Sobre a morte e o morrer**. 2º tiragem. São Paulo: WMF MartinsFontes Ltda, 2011.

SACCONI, L.A. **Grande Dicionário Sacconi**: da língua portuguesa, comentado, crítico e enciclopédico. São Paulo: Nova Geração, 2010.

SANTOS, L.C.A; NETTO, M.G.N; CARNEIRO, A.C.S. **Curso de regimento comum do Congresso Nacional [recurso eletrônico]**. 2º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

SÁ, M.F.F de; MOUREIRA, D.L. **Autonomia para morrer**: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2º ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SCHELER, M. **Visão Filosófica do Mundo**. Tradução: Regina Winberg. São Paulo: Editora Perspectiva, 1986.

SCHELER, M. **Da reviravolta dos valores**: ensaios e artigos. Tradução, introdução e notas de Marcos Antônio dos Santos Casa Nova. 2º ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária, 2012.

SCHELER, M. **Do eterno no homem**. Tradução de Marco Antonio Casanova. Petrópolis/RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2015.

SCHELER, M. **Morte e Sobrevivência**. Tradução: Carlos Morujão. Lisboa/Portugal: Edições 70: janeiro de 2017.

SCHELER, M. **Arrependimento e Renascimento**. Tradução: Paulo Lima e Isabel Campos. Lisboa/Portugal: Edições 70: julho de 2018.

SCHLEIERMACHER, Friedrich D.E. **Hermenêutica** – Arte e técnica de interpretação. (Coleção Pensamento Humano). Tradução e apresentação de Celso

Reni Braida. 9º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, São Paulo, SP: Editora Universitária São Francisco, 2012.

SCHRAMM, R. Aspectos filosóficos e bioéticos da não-ressuscitação em medicina paliativa. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(2): 241-244.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. Tradução: Fábio Ribeiro. 2ºed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

SCHWARZENEGGER, Christian; SUMMERS, Sarah J. **Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland**. University of Zurich. Faculty of Law, 2005. Disponível em: <<https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-5624-ccd2-ffff-ffffa664e063/assisted-suicide-Switzerland.pdf>>. Acesso em 07 ago. 2020.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

SILVA, R.S. da; AMARAL, J.B. do. Trajetória Histórica do Movimento Hospice Moderno e as contribuições de uma enfermeira. *In*: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em Cuidados Paliativos**: cuidados para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, R.S. DA; SILVA, M.J.P. DA. Enfermagem e os Cuidados Paliativos. *In*: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em Cuidados Paliativos**: cuidados para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

SINGER, P. **Ética Prática**. Tradução: Álvaro Augusto Fernandes. Revisão Científica: Cristina Beckert e Desidério Murcho. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Sociedade Portuguesa de Filosofia. 1993.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 111-119, 2005.

SIDGWICK, H. **Os métodos da ética**. Tradução: Pedro Galvão. 1º ed. Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 739.

SMELTZER, S.C.; BARE, G.B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Brunner & Suddart. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2013.

STATE OF HAWAII. Department of Health. **The Office of Planning, Policy and Program Development (OPPPD)**. Honolulu: 2019. Disponível em: <<https://health.hawaii.gov/opppd/>>. Acesso em: 25 dez.2019.

STATE OF NEW JERSEY. Department of Health. **Medical Aid in Dying**. Trenton: 2019. Disponível em: < <https://www.state.nj.us/health/advancedirective/maid/>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

STEIN, E. Dialética e hermenêutica. Síntese: **Revista de Filosofia**, v. 10, n. 29, 2013. Disponível em:<<http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/2087/2381>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

STEINER, H. **Libertarismo: fundamentos e fontes**. Tradução de Magda Lopes. *In*: Dicionário de ética e filosofia moral. Monique Canto-Sperber (Org). Tradução: Ana Maria Ribeiro-Althoff, Magda França Lopes, Maria Vitória Kessler de Sá Brito, Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Ed. UNISINOS, 2013. 1150p.

STEGMÜLLER, W. **A filosofia contemporânea: introdução crítica**/ Wolfgang Segmüller. Tradução: Adauri Fiorotti e Edwino A. Royer et al. 2º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

SUIÇA. Il consiglio federale. **Il portale del governo svizzero**. Il Dipartimento federale dell'interno (DFI), 2019. Disponível em: <<https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/dipartimenti/dipartimento-interno-dfi.html>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SUIÇA. **Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937**: status as of 1 November 2019. Disponível em: <<https://www.legislationline.org/documents/section/criminal-codes/country/48/Switzerland/show>> Acesso em 14 fev. 2020.

SUIÇA. **Swiss Criminal Procedure Code** (Criminal Procedure Code, CrimPC) of 5 October 2007: status as of 1 February 2020. Disponível em: <https://www.legislationline.org/download/id/8562/file/Swiss_CPC_2007_am2020_en.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

SUIÇA. **Swiss Civil Code of 10 December 1907**: status as of 1 January 2018. Disponível em: <<https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19070042/201801010000/210.pdf>> Acesso em 08 ago 2018.

TABOADA, P. El derecho a morir con dignidad. **Acta bioethica**, v. 6, n. 1, p. 89-101, 2000.

TABOADA, P. **Bioethical principles in palliative care**. *In*: Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. Edited by Eduardo Bruera, Irene Higginson, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita. Taylor & Francis Group, 2016.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIÃO EUROPEIA. **Breve apresentação dos países da UE**: Luxemburgo. 2020. Disponível em: <https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/luxembourg_pt#o-luxemburgo-e-a-ue>. Acesso em 17 fev. 2020.

VACCHERO, M. **La fisioterapia nelle cure palliative**. Torino: CESPI. 2010.

VAN DER HEIDE, A. *et al.* End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. **New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 19, p. 1957-1965, 2007.

VAN HOOFT, S. **Ética da virtude**. Tradução de Fábio Creder. (Série Pensamento Moderno). Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

VAZ, F. O problema ético da eutanásia. **Crítica na Rede**, 2009. Disponível em: <<http://criticanarede.com/eticaeutanasia.html>>. Acesso em: 03 set. 2019.

VAZQUEZ, A.S. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

VEAKH, R. M. As Comissões de Ética Hospitalar ainda têm Função? **Revista Bioética**, v. 6, n. 2, 2009.

VICTOR, G.H.G.G. Cuidados Paliativos no Mundo. [Resenha]. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 62(3): 267-270, 2016.

VOULTSOS, P.; CHATZINIKOLAOU, F. Involuntary euthanasia of severely ill newborns: is the Groningen Protocol really dangerous? **Hippokratia** 2014, 18, 3: 196-203. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25694750>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

ZUBIRI, X. **Inteligência e Realidade**. Prefácio: José Fernández Tejada. Tradução: Carlos Nougué. São Paulo: É Realizações Editora, Livraria e Distribuidora Ltda, 2011.

WEBER, T. **Ética e Filosofia do Direito**: autonomia e dignidade da pessoa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

WILER, JÜRIG. **Autodeterminazione nella vita e per la morte**. Seconda nuova edizione 2020. Editore: EXIT (Deutsche Schweiz), casella postale, CH-8032 Zurigo. Disponível em: < <https://exit.ch/it/download/>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Editora: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

ANEXOS

ANEXO A: Processos Legislativos disponibilizados no portal da Câmara dos Deputados em tipos de propostas por Projetos de Lei, de Decreto Legislativo e de Lei Complementar até a presente data de 06/09/2020.

Tipos de Propostas	Proposição	Ementa	Texto grifado com as expressões de busca em Inteiro Teor/Ementa/Indexação e Documentos Relacionados	Autor	Unidade Federativa	Partido	Apresentação	Situação
Projetos de Lei Total: 35	PL 4662/1981	Permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares e da outras providencias. Dados Complementares: autorizando a eutanásia.	Indexação: autorização, eutanásia , médico, desligamento, aparelhamento, doente, interrupção, medicamentos, tratamento, doença incurável, manutenção, inutilização, vida, consentimento, família.	Inocência Oliveira	PE	PDS	26/05/1981	Arquivada (06/05/1982) OBS: Dossiê Digitalizado
	PL 732/1983	Permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares e da outras providencias. Dados Complementares: autorizando a eutanásia.	Indexação: autorização, eutanásia , médico, desligamento, aparelhamento, doente, interrupção, medicamentos, tratamento, doença incurável, manutenção, inutilização, vida, consentimento, família.	Inocência Oliveira	PE	PDS	26/04/1983	Arquivada (28/11/1983) OBS: Dossiê Digitalizado
	PL 1989/1991	Dispõe sobre a prática da eutanásia, nas circunstâncias que especifica.	Indexação: concessão, morte, doente, doença incurável, pedido, família, filho, filho adotivo, parente, cônjuge, ascendente, impossibilidade,	Gilvam Borges	AP	PRN	21/11/1991	Arquivada (27/05/1993) OBS: Dossiê Digitalizado

			recuperação, obrigatoriedade, laudo médico, junta médica, realização, eutanásia .					
PL 999/1995	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, define a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso, bem como a interpretação do parágrafo sétimo do artigo 226 da Constituição Federal e dá outras providências.	Indexação: definição, crime hediondo, interrupção, vontade, gravidez, aborto, realização, eutanásia , violação, direito a vida, garantia, constituição federal, declaração, inconstitucionalidade, dispositivos, código penal, legislação de exceção, proibição, penalidade, crime, objetivo, legalidade, restrição, esterilização, mulher, realização, planejamento familiar, exceção, autorização, médico, utilização...	Osmânio Pereira	MG	PSDB	26/09/1995	Arquivada OBS: Em 21/11/1995 Mesa Diretora. Deferido requerimento do Dep. Osmânio Pereira, solicitando a retirada deste projeto. OBS: Dossiê Digitalizado	
PL 4703/1998	Acrescenta o inciso VIII e o § 1º ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. OBS: Apensados ao PL 4703/1998 (8) – PL 4917/2001 (1), PL 7443/2006; PL 3207/2008; PL 4646/2016 (3), PL 9104/2017, PL 9106/2017 (1), PL 9107/2017; PL 9105/2017	Justificação: Matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia .	Francisco Silva	RJ	PPB	11/08/1998	Arquivada OBS: Em 28/02/2019 Mesa Diretora. Despacho exarado ao Requerimento n. 555/2019, conforme o seguinte teor: "Torno sem efeito o despacho exarado em 26 de fevereiro de 2019 no Requerimento em epígrafe. Publique-se. Arquive-se."	
PL 6382/2002	Institui o Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos	Criação, Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos , comemoração, mês,	Telma de Souza	SP	PT	21/03/2002	Arquivada OBS: Em 02/12/2004. Na data 31/01/2005	

			outubro, campanha educativa, prevenção, dor.					Coordenação de Comissões Permanentes (CCP) Ao Arquivo
PL 2287/2003	Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Instrumentador. OBS: Apensados ao PL 2287/2003 (1) – PL 5203/2005	VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII - promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VIII - valer-se de agenciador de instrumentação cirúrgica, mediante participação nos honorários a receber; IX - realizar ou participar da realização de pesquisa em que direito inalienável do homem seja desrespeitado, acarrete perigo de vida ou danos a sua saúde física ou mental; ...	João Paulo Gomes da Silva	MG	PL	14/10/2003	Arquivada OBS: 06/03/2008 Coordenação de Comissões Permanentes (CCP). Ao Arquivo Memorando nº 44/08 - COPER	
PL 3497/2004	Cria a Comissão Nacional de Bioética e dá outras providências. OBS: Apensados ao PL 3497/2004 (1) – PL 6032/2005 Forma de Apreciação: Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II. Regime de Tramitação: Ordinária (Art. 151, III, RICD)	Estudo realizado na Universidade de Brasília em 1998 encontrou 123 Projetos de Lei que tratavam de temas relacionados à Bioética (eutanásia , engenharia genética e técnicas de reprodução assistida, aborto e transplante e doação de órgãos). A Bioética brasileira, apesar de tardia, pois surge apenas nos anos 90, avançou com uma velocidade extraordinária, equiparando-se hoje a algumas das melhores escolas internacionais.	Ivan Valente, Maninha	SP, DF	PT, PT	06/05/2004	Aguardando Criação de Comissão Temporária pela MESA.	

PL 5058/2005	Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso. Dados Complementares: Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 e a Lei nº 8.072, de 1990.	Indexação: _ Alteração, Código Penal, Lei dos Crimes Hediondos, tipicidade, crime, realização, eutanásia, aborto, participação, terceiros, consentimento, gestante, pena de reclusão, infrator, revogação, dispositivos, aborto necessário, gravidez, estupro, riscos, mãe. Inteiro Teor: Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso...	Osmânio Pereira	MG	PTB	13/04/2005	Arquivada OBS: Em 22/02/2008. Coordenação de Comissões Permanentes (CCP). Ao Arquivo através do Memorando nº 22/08 - COPER
PL 642/2007	Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Instrumentador. OBS: Em 30/04/2019 Mesa Diretora Recebimento do Ofício nº 245/2019 (SF) comunicando o arquivamento da matéria em razão de arquivamento no Senado Federal ao final da 55ª Legislatura.	VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VIII – valer-se de agenciador de instrumentação cirúrgica, mediante participação nos honorários a receber; IX - realizar ou participar da realização de pesquisa em que o direito inalienável do homem seja desrespeitado, acarrete perigo de vida ou danos a sua saúde física ou mental; X - realizar ou participar de pesquisa...	George Hilton	MG	PP	03/04/2007	Arquivada (30/04/2019) OBS: Em 08/05/2019, desarquivada no Senado Federal.
PL 2283/2007	Acrescenta parágrafo ao art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e inciso ao art. 1º	Indexação: Alteração, Código Penal, Lei dos Crimes Hediondos, equiparação, eutanásia , pena, crime,	Dr. Talmir	SP	PV	25/10/2007	Arquivada em 31/01/2011 pela Mesa diretora.

	da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dados Complementares: Equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo.	indução, auxílio, suicídio, tipicidade, crime hediondo. Inteiro Teor: O Congresso Nacional decreta: Art. 1º Esta lei equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo. Art. 2º O art. 122 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do § 2º, passando o parágrafo único a § 1º: ...					OBS: Em 02/02/2012. Coordenação de Comissões Permanentes (CCP). Ao Arquivo Memorando nº 07/12 - COPER
PL 3002/2008	Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro. OBS: Em 21/01/2010. Apensado ao PL 6715/09. Apensados ao PL 3002/2008 (3): PL 5008/2009; PL 6544/2009; PL 352/2019	Inteiro Teor: (Otávio Leite) Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro. O Congresso Nacional decreta: Art. 1º Esta lei regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.	Hugo Leal, Otávio Leite	RJ, RJ	PSC, PSDB	13/03/2008	Tramitando em Conjunto OBS: 01/04/2019 Comissão de Finanças e Tributação (CFT) Recebido pela CFT, apensado ao PL-6715/2009
PL 3207/2008	Acresce os incisos VIII, IX e X ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dados Complementares: Inclui o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (eutanásia) e o aborto provocado nos crimes considerados hediondos. OBS: Em 24/04/2008 Apensado ao PL-4703/1998. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Ordinária	Indexação: Alteração, Lei dos Crimes Hediondos, inclusão, crime, instigação, auxílio, suicídio, eutanásia , aborto, presença, ausência, assentimento prévio, consentimento, provocação, mulher, gestante, terceiros. Inteiro Teor: Justificação Matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia . Por atentarem gravemente contra a	Miguel Martini	MG	PHS	08/04/2008	Arquivada (03, em 2011, 2015, 2019) OBS: Em 28/02/2019 Mesa Diretora. Despacho exarado ao Requerimento nº 555/2019, conforme o seguinte teor: "Torno sem efeito o despacho exarado em 26 de fevereiro de 2019 no Requerimento em epígrafe. Publique-se. Arquive-se."

			inviolabilidade do direito à vida, tais crimes monstruosos e hediondos estão, por sua vez, a merecer um tratamento penal mais severo a fim de se sancionar de modo mais adequado os infratores e desestimular a sua prática.					
PL 5008/2009	Proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente. OBS: 15/04/2009. Apensado ao PL-3002/2008. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade	A morte da italiana Eluana Englaro, de 38 anos, em 9 de fevereiro próximo passado chocou o mundo cristão. Sua morte, após dezessete anos em estado vegetativo, fruto de sequelas de um acidente de trânsito, encerrou de maneira trágica uma batalha judicial e legislativa que mobilizou a opinião pública e os poderes da República Italiana.	Dr. Talmir	SP	PV	07/04/2009	Tramitando em Conjunto OBS: 01/04/2019 Comissão de Finanças e Tributação (CFT) Recebimento pela CFT, apensado ao PL-3002/2008	
PL 6544/2009	Dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade. OBS: 09/12/2009. Apensado ao PL-3002/2008. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade (Art. 151, II, RICD)	O Congresso Nacional decreta: Art. 1º Todo paciente, em especial os que se encontrem em fase terminal de enfermidade, tem direito, sem prejuízos de outros tratamentos que se mostrem cabíveis, a cuidados paliativos proporcionais e adequados.	Dr. Talmir, Miguel Martini	SP, MG	PV, PHS	02/12/2009	Tramitando em Conjunto OBS: Em 15/12/2009 recebido pela CSSF e em 01/04/2019 pela CFT, apensado.	
PL 6715/2009 Origem: PLS 116/2000	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia .	Indexação: Alteração, Código Penal, exclusão, crime, ortotanásia , interrupção, procedimento médico, doente terminal, morte, consentimento, paciente, família.	Senado Federal - Gerson Camata	ES	PMDB	23/12/2009	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT) 04/07/2019	

		<p>OBS: Apensados (4) – PL 3002/2008 (3), PL 5008/2009, PL 6544/2009, PL 352/2019</p> <p>28/02/2019: Em razão da apensação do PL 352/2019 ao PL 3002/2008 apensado a este, inclua-se a CFT que deverá se manifestar quanto à adequação financeira e orçamentária.</p> <p>Às Comissões de Seguridade Social e Família; Finanças e Tributação e Constituição e Justiça e de Cidadania</p> <p>Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário</p> <p>Regime de Tramitação: Prioridade</p>	<p>Inteiro Teor: Senhor Primeiro-Secretário, Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à revisão da Câmara dos Deputados, nos termos do art. 65 da Constituição Federal, o Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000, de autoria do Senador Gerson Camata, constante dos autógrafos em anexo, que “Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia”.</p>					
PL 8013/2010	<p>Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.</p> <p>Dados Complementares: Inclui a hepatopatia grave, doença de Huntington, esclerose lateral amiotrófica, no rol de doenças que independem de carência para concessão do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.</p> <p>OBS: 05/01/2011. Apensado ao PL-5378/2009.</p> <p>Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões.</p> <p>Regime de Tramitação: Ordinária</p>	<p>Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de vida varia de indivíduo para indivíduo, mas em termos estatísticos, mais de 60% dos doentes só sobrevivem de 2 a 5 anos. A Doença de Huntington ou Coreia de Huntington é um distúrbio neurológico hereditário raro que possui uma prevalência de 3 a 7 casos por 100 000 habitantes. Deve seu nome ao médico norte-americano George Huntington, de Ohio, que a descreveu em 1872.</p>	Raul Jungmann	PE	PPS	15/12/2010	<p>Tramitando em Conjunto</p> <p>OBS: Arquivado em 03/02/2011 e desarquivado em 15/02/2011. Em 28/11/2013, recebido pela CFT, apensado ao PL 5378/2009.</p>	
PL 479/2011	<p>Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre</p>	<p>Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a</p>	Rubens Bueno	PR	PPS	17/02/2011	<p>Tramitando em Conjunto</p>	

	<p>os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.</p> <p>Dados Complementares: Inclui a hepatopatia grave, doença de Huntington, esclerose lateral amiotrófica, no rol de doenças que independem de carência para concessão do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.</p> <p>OBS: 11/04/2011. Apensado ao PL-5378/2009.</p> <p>Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões</p> <p>Regime de Tramitação: Ordinária. DCD 12/04/11 PÁG 16911 COL 01.</p>	<p>melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de vida varia de indivíduo para indivíduo, mas em termos estatísticos, mais de 60% dos doentes só sobrevivem entre 2 a 5 anos. A Doença de Huntington ou Coreia de Huntington é um distúrbio neurológico hereditário raro que possui uma prevalência de 3 a 7 casos por 100.000 habitantes.</p>						<p>OBS: Em 25_03_2019, requerimento indeferido, pois a proposição não consta como arquivada.</p>
PL 1317/2011	<p>Altera a Lei nº 10.289 de 20 de setembro de 2001 para dispor sobre o acesso gratuito dos portadores de hiperplasia benigna ou câncer de próstata à medicação de prescrição.</p> <p>OBS: 23/05/2011. Apensado ao PL-665/2011.</p> <p>Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões</p> <p>Regime de Tramitação: Ordinária</p>	<p>Nela estão previstas que “o Ministério da Saúde promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, em todos</p>	Raimundo Gomes de Matos	CE	PSDB	11/05/2011	<p>Tramitando em Conjunto</p> <p>OBS: Arquivado em 31/01/2019 e 31/01/2019.</p> <p>Desarquivado em 09/02/2015 e 20/02/2019. No ano de 2019 pelo REQ 243/2019.</p>	
PL 1348/2011	<p>Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, para incluir entre os rendimentos isentos do</p>	<p>Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de vida varia de indivíduo para indivíduo, mas em termos</p>	Maurício Quintella Lessa	AL	PR	16/05/2011	<p>Tramitando em Conjunto</p> <p>(27/05/2011)</p> <p>Coordenação de Comissões</p>	

	<p>imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica.</p> <p>OBS: 25/05/2011. Apensado ao PL-2856/2004.</p> <p>Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões.</p> <p>Regime de Tramitação: Ordinária</p>	<p>estatísticos, mais de 60% dos doentes só sobrevivem entre dois a cinco anos.</p>					<p>Permanentes (CCP) encaminhada à publicação; avulso inicial.</p>
<p>PL 5022/2013</p>	<p>Dispõe sobre a instalação de câmeras de segurança nos hospitais públicos e privados em todas as unidades da Federação.</p> <p>OBS: Apensados ao PL 5022/2013 (2): PL 5024/2013; PL 5811/2013.</p>	<p>Considerando o processo que investiga eutanásia no Hospital Evangélico de Curitiba, assim como tantos relatos de pacientes do SUS verifica-se a prática de desrespeito e agressividade de alguns enfermeiros, médicos e auxiliares de saúde com pacientes de UTIs. Nesse sentido, se faz necessária a instalação de aparelhos de circuito interno para coibir esse tipo de prática e aumentar a segurança de quem necessita de UTI nos hospitais públicos e privados do país.</p>	<p>Onofre Santo Agostini</p>	<p>SC</p>	<p>PSD</p>	<p>25/02/2013</p>	<p>Arquivada.</p> <p>31/01/2015 Mesa Diretora (MESA)</p> <p>Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.</p>
<p>PL 6126/2013</p>	<p>Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina.</p> <p>OBS: Forma de Apreciação Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões.</p> <p>Em 15/05/2019 Aprovado requerimento nº 138/2019 do Sr. Pastor Sargento Isidório que requer a inclusão de Representante do Exército Brasileiro e Representante do</p>	<p>Ressaltem-se, a propósito, alguns exemplos: acolhimento com classificação de risco na urgência e na emergência, procedimentos do SUS no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tratamento de tuberculose e hanseníase, abordagem de transtornos comportamentais, procedimentos em cuidados</p>	<p>Poder Executivo</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>20/08/2013</p>	<p>03/04/2019 Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) para iniciar a distribuição na CCJC.</p>

		Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria - CBOO, no Seminário para discutir o Projeto de Lei nº 6126/2013, que altera a Lei nº 12.842/2013, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da medicina.	paliativos e em atenção domiciliar, dentre outros.					
PL 1089/2015 OBS: Em 31/01/2019 arquivado e 19/02/2019 foi desarquivada. Possui Comissão Especial.	Assegura o livre exercício da liberdade religiosa, de expressão e de consciência. OBS: Apensados (11) – PL 2909/2015 (4), PL 3400/2015, PL 4159/2015 (2), PL 4295/2016, PL 4352/2016; PL 4356/2016 (1), PL 6238/2019; PL 4371/2016 (1), PL 4711/2016; PL 885/2019; PL 4946/2019.	Infelizmente, porém, há uma clara tentativa de parcela minoritária da sociedade brasileira de silenciar as opiniões emitidas por líderes religiosos, criminalizando discursos eventualmente por eles proferidos a respeito da sexualidade, aborto, eutanásia , prostituição dentre outros temas. No Estado de Direito, não há grupo social cujo comportamento esteja imune à crítica.	Josué Bengtson	PA	PTB	09/04/2015	Tramitando em Conjunto. OBS: Em 13/03/2019 Mesa Diretora (MESA) Apense-se a este PL885/2019. Em 23/09/2019 Mesa Diretora (MESA) Apense-se a este PL4946/2019	
PL 2654/2015	Altera o inciso II do art. 8º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, para incluir as despesas com aquisição de medicamentos para tratamento de doenças raras nas hipóteses de dedução da base de cálculo do imposto de renda das pessoas físicas.	JUSTIFICAÇÃO Em janeiro de 2014, a Portaria nº 199 do Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, com o objetivo de “reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno, redução de incapacidade e cuidados paliativos ”.	Diego Garcia	PR	PHS	18/08/2015	(08/10/2019) Aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)	

	PL 5559/2016	Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências.	paliativos: assistência integral à saúde prestada por equipe multidisciplinar a paciente com doença ativa e progressiva que ameaça a vida e para a qual não há possibilidade de cura, com o objetivo de promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante a prevenção e o tratamento para o alívio da dor e do sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual, ...	Pepe Vargas, Chico D'angelo, Henrique Fontana	RS, RJ, RS	PT, PT, PT	14/06/2016	26/11/2019 Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e de Justiça e de Cidadania (CCJC)
	PL 6067/2016	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, para ampliar os direitos dos idosos previstos em lei e uniformizar a idade mínima para o reconhecimento desses direitos.	Nesse mesmo sentido e com o mesmo intuito fundamenta-se a alteração do §2º do art. 15 do Estatuto do Idoso, para expressar, de forma inequívoca, o direito de acesso aos medicamentos de alto custo, muito comuns de serem utilizados nessa faixa etária. 4 A inclusão do §5º ao art. 15, por seu turno, tem o objetivo de proteger o princípio da dignidade humana para os idosos que estejam em fase terminal, com o direito a uma morte digna. Tal previsão fundamentaria o direito à assistência integral ao indivíduo até o momento de seu óbito, inclusive com a concessão de todos os cuidados paliativos disponíveis.	Ricardo Tripoli	SP	PSDB	30/08/2016	Arquivada: Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados em 31/01/2019. OBS: 14/01/2020 Comissão de Segurança Social e Família (CSSF) – Devolução à CCP.
	PL 9653/2018	Altera o Art. 10 da Lei 8069, de 13 de julho de 1993, que dispõe	Entrevista à Revista Saúde Plena, a Psicóloga clínica e	Keiko Ota	SP	PSB	28/02/2018	Arquivada: Arquivado nos

	<p>sobre o estatuto da criança e do adolescente e a Lei 6.016, de 31 de dezembro de 1973.</p> <p>OBS: Dispõe sobre o tratamento a ser dispensado por hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde a parturientes de fetos natimortos.</p>	<p>hospitalar com formação em luto pelo Instituto 4 Estações, em São Paulo, e membro da Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais (SOTAMIG), Maria Emília de Melo Coelho afirma que as perdas gestacionais e neonatais estão na categoria do 'luto não reconhecido' e o despreparo dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares.</p>					<p>termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados em 31/01/2019</p>
PL 352/2019	<p>Dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida.</p> <p>OBS: 28/02/2019 Apensado ao PL 3002/2008. Em razão desta apensação, inclui-se a CFT que deverá se manifestar quanto à adequação financeira e orçamentária da proposição. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário. Regime de Tramitação: Prioridade (Art. 151, II, RICD)</p>	<p>Será garantida aos pacientes em fase terminal informação sobre seu estado de saúde e sobre os objetivos dos cuidados paliativos que receberem durante o processo e de acordo às suas necessidades e preferências. Art. 15.</p>	Alexandre Padilha	SP	PT	04/02/2019	<p>Tramitando em Conjunto</p> <p>OBS: 01/04/2019 Comissão de Finanças e Tributação (CFT) recebimento pela CFT, apensado ao PL3002/2008</p>
PL 885/2019	<p>Assegura o livre exercício da liberdade religiosa, de expressão e de consciência.</p> <p>OBS: 13/03/2019 Apensado ao PL-1089/2015. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário. Regime de Tramitação: Prioridade (Art. 151, II, RICD)</p>	<p>Infelizmente, porém, há uma clara tentativa de parcela minoritária da sociedade brasileira de silenciar as opiniões emitidas por líderes religiosos, criminalizando discursos eventualmente por eles proferidos a respeito da sexualidade, aborto, eutanásia, prostituição dentre outros</p>	Paulo Bengtson	PA	PTB	19/02/2019	<p>Tramitando em Conjunto</p> <p>OBS: 14/03/2019 Coordenação de Comissões Permanentes (CCP) Enviado à publicação.</p>

			temas. No Estado de Direito, não há grupo social cujo comportamento esteja imune à crítica.					Publicação Inicial em avulso e no DCD de 15/03/19 PÁG 298.
PL 1111/2019 OBS: Apensados ao PL 1111/2019 (1) – PL 2550/2019	Determina a inclusão obrigatória de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família.	A inclusão do Terapeuta Ocupacional no supramencionado Programa também traz inúmeras vantagens, possibilitando a participação do profissional em atividades voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças físicas ou psicossociais que prejudiquem o desenvolvimento dos pacientes em suas atividades cotidianas, auxiliando em diversas ações, como, por exemplo, na recuperação funcional de pessoas idosas, na adaptação domiciliar, nos cuidados paliativos , bem como...	Célio Studart	CE	PV	25/02/2019	11/11/2019 Aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)	
PL 1605/2019 OBS: Apensados ao PL 1605/2019 (1) – PL 2180/2019	Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer e dá outras providências.	§2º O atendimento integral deverá garantir, ainda, tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos . Art. 14. A conscientização e o apoio às famílias das pessoas com câncer constituem compromissos fundamentais do Estado e fazem parte indispensáveis deste Estatuto. Art. 15. Os direitos e garantias previstos nesta Lei não excluem os já resguardados em outras legislações. Art. 16.	Eduardo Braide	MA	PMN	20/03/2019	04/12/2019 Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	

PL 2893/2019	Revoga o art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Dados Complementares: Revoga dispositivo que trata do aborto necessário e do aborto em caso de estupro.	Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003 Câmara dos Deputados Anexo IV – 4º andar – Gabinete 446 70100-970 Brasília DF (61)3215-5446 dep.christonietto@camara.leg.br CÂMARA DOS DEPUTADOS Gabinete da Deputada CHRIS TONIETTO – PSL/RJ desaba.	Chris Tonietto, Filipe Barros	RJ, PR	PSL, PSL	15/05/2019	Aguardando Despacho do Presidente da Câmara dos Deputados
PL 518/2020 OBS: Apensado ao PL 4149/2019 em 12/03/2020	Institui o dia 22 de janeiro como dia de Homenagem à Vida Humana, desde a concepção.	Por isso, temas como a liberalização da eutanásia e do suicídio assistido clamam por atenção e urgência. Neste ano de 2020, o Parlamento português acatou cinco projetos de lei que propõem a descriminalização da eutanásia e o suicídio assistido no país. Por meio dessas práticas, pessoas gravemente doentes podem escolher colocar fim às suas vidas.	Diego Garcia	PR	PODE	04/03/2020	Tramitando em Conjunto. OBS: 13/03/2020 Comissão dos Direitos da Mulher (CMULHER) Recebimento pela CMULHER.
PL 580/2020	Inclui a alínea e ao inciso I do art. 7º do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a fim de prever a aplicação da extraterritorialidade incondicionada aos crimes dolosos contra a vida, quando o agente for brasileiro ou domiciliado no Brasil.	Na Suíça, por exemplo, onde o suicídio assistido é permitido de forma indiscriminada, um fluxo cada vez mais crescente de pessoas, muitas vezes influenciadas e orientadas por grandes fundações, tem procurado dar fim às suas vidas. Tais instituições não deveriam de nenhuma forma ter liberdade para atuar no Brasil, já que nosso Código Penal tem tipificado o crime de induzimento, instigação ou	Chris Tonietto	RJ	PSL	09/03/2020	13/04/2020 À Comissão de Constituição e de Justiça e de Cidadania Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário. Regime de Tramitação: Ordinária. Aguardando relatório na CCJC.

			auxílio a suicídio, previsto no seu art. 122.					
	PL 3921/2020	Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica.	O Congresso Nacional decreta: CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica, com o objetivo de buscar o aumento dos índices de sobrevivência, redução da mortalidade, redução do abandono ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes com câncer, por meio de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento, assistência social e cuidados paliativos . Parágrafo único.	Bibo Nunes	RS	PSL	23/07/2020	Aguardando Despacho do Presidente da Câmara dos Deputados (desde a apresentação no dia 23/07/2020)
Projeto de Decreto Legislativo	PDC 244/1993	Convoca plebiscito sobre eutanásia. OBS: Publicação da matéria. DCN1 01/06/93 pág. 11210 COL 01.	Indexação: convocação, plebiscito, eutanásia , decisão, morte, paciente, impossibilidade, recuperação.	Gilvam Borges	AP	PMDB	31/05/1993	Arquivada (24/06/1994)
Projeto de Lei Complementar Total: 01	PLP 190/1994	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida garantida pelo artigo quinto, bem como sobre a interpretação do parágrafo sétimo do artigo 226 da Constituição Federal, e da outras providências.	Indexação: garantia, direito a vida, ausência, exceção, consideração, eutanásia , aborto, crime hediondo, proibição, apresentação, projeto, legalização... Dados Complementares: Proibindo qualquer forma de controle de natalidade ou apresentação de projeto que venha a legalizar o aborto, eutanásia ou pena de morte.	Osmânio Pereira	MG	PSDB	16/06/1994	Arquivado (02/02/1995) OBS: Dossiê Digitalizado.

Fonte: Sistema de Informações Legislativas - Câmara dos Deputados (2020).

Nota: Expressões de busca – “eutanásia” OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato".

ANEXO B: Processos Legislativos disponibilizados no portal do Senado Federal em Atividade Legislativa pelos seguintes tipos de matérias Projetos de Lei, de Decreto Legislativo e de Lei Complementar até a presente data de 06/09/2020.

Tipos de Matérias	Matérias	Ementa	Texto grifado com as expressões de busca em Inteiro Teor e documentos relacionados	Autor	Unidade Federativa	Partido	Apresentação	Situação
Projetos de Lei do Senado Total: 14	PLS 125/1996 OBS: Texto recuperado em DSF-90-1996. Projeto de Lei nº 125_1996, p. 8420 - 8424.	Autoriza a prática a morte sem dor nos casos em que especifica e dá outras providencias.	Indexação: fixação, normas, autorização, execução, morte, eutanásia. fixação, critérios, disciplinamento, execução, morte, eutanásia , desligamento, aparelho, presença, indício, vestígio, morte, cérebro, doença, saúde mental, manifestação, vontade, paciente...	Senador Gilvam Borges	AP	MDB	05/06/1996	Decisão: Em 06/06/2013 Arquivada ao final da Legislatura (art. 332 do RISF) Destino: Ao arquivo
	PLS 116/2000 OBS: Número na Câmara dos	Exclui de ilicitude a ortotanásia. (Altera o Código Penal).	Relatório Legislativo (17/11/2009) - PLS 116/2000 17/11/2009 - ... ressaltar que a ortotanásia distingue-se frontalmente da eutanásia , pois esta ... Católicos, que argumentou que nos casos de ortotanásia não	Senador Gerson Camata	ES	MDB	25/04/2000	Decisão: Em 19/12/2009 Aprovada por Comissão em decisão terminativa

	Deputados: PL 6715/2009 (Casa Revisora, em 23/12/2009)		<p>cabe ... 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a ...</p> <p>Texto final revisado (11/12/2009) - PLS 116/2000</p> <p>11/12/2009 - ... o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. ... 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de ...</p> <p>Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000</p> <p>Exclui de ilicitude a ortotanásia. (Altera o Código Penal). 08/10/2018 - ... Natureza: Norma Geral. Imprimir. Ementa: Exclui de ilicitude a ortotanásia. (Altera o Código Penal). Situação Atual Tramitação encerrada. ... 04/2000 Descrição/Ementa Exclui de ilicitude a ortotanásia. (Altera o Código Penal). ...</p>					Destino: À Câmara dos Deputados (Casa Revisora). Em tramitação.
	PLS 79/2003	Dispõe sobre os direitos dos	Emenda. (24/05/2005) - PLS 79/2003 – CCJC		MS	PT	25/03/2003	Decisão:

	<p>OBS: Tramitando em conjunto – PLS 103/2005, PLS 101/2005, PLS 524/2009</p>	<p>pacientes em serviços de saúde.</p>	<p>24/05/2005 - ... 2º A opção de um paciente por não ser submetido a determinados procedimentos ou tratamentos não exclui a obrigação do médico e da equipe de saúde de prestar-lhe os devidos e necessários cuidados paliativos. ...</p> <p>Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 79/2003- CCJC</p> <p>04/04/2008 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p> <p>Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 79/2003 – CCJC</p> <p>25/06/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p>	<p>Senador Delcídio do Amaral</p>				<p>Arquivada ao final da Legislatura (art. 332 do RISF) Destino: Ao arquivo em 23/12/2014. OBS: Arquivado antes de tramitar pela CDH e CAS.</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---

			<p>Parecer (18/11/2009) - PLS 79/2003- CCJC</p> <p>18/11/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p>					
<p>PLS 34/2005</p> <p>OBS: Projeto de Lei do Senado nº 34, de 2005</p> <p>Nº na Câmara dos Deputados: PL 1098/2007. Em 2009 passa a tramitar como Substitutivo da Câmara dos</p>	<p>Altera a Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001, que "instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata" e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que "regulamenta o § 7º, do art. 226 da Constituição Federal, que trata</p>	<p>Legislação citada (01/03/2005) - PLS 34/2005</p> <p>01/03/2005 - ... da Saúde promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as ...</p>	<p>Parecer (06/09/2006) - PLS 34/2005</p> <p>06/09/2006 - ... os profissionais de saúde (generalistas e especialistas), capacitando-os e reciclando-os quanto a novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento</p>	<p>Senador Antonio Carlos Valadares</p>	<p>SE</p>	<p>PSB</p>	<p>01/03/2005</p>	<p>Decisão: Aprovada por Comissão em decisão terminativa</p> <p>Destino: À Câmara dos Deputados (Casa Revisora – 17/05/2007)</p> <p>Norma Gerada: Lei nº</p>

	Deputados – SCD 0034/2005.	do planejamento familiar...	e cuidados paliativos no câncer da ...					13.045 de 25/11/2014
	PLS 103/2005 OBS: Tramitando em conjunto com PLS 101/2005, PLS 524/2009, PLS 79/2003	Estabelece o Estatuto do Enfermo.	Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 103/2005 04/04/2008 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ... Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 103/2005 25/06/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ... Parecer (18/11/2009) - PLS 103/2005 18/11/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos	Senador Papaléo Paes	AP	MDB	12/04/2005	Decisão: Em 26/12/2014 Arquivada ao final da Legislatura (art. 332 do RISF) Destino: Ao arquivo (30/03/2015)

			<p>os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p>					
<p>PLS 101/2005 OBS: Projeto de Lei nº101 de 2005. Tramitando em conjunto com PLS 103/2005, PLS 524/2009, PLS 79/2003</p>	<p>Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde.</p>	<p>Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 101/2005</p> <p>04/04/2008 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p> <p>Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 101/2005</p> <p>25/06/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...</p> <p>Parecer (18/11/2009) - PLS 101/2005</p> <p>18/11/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do</p>	<p>Senador Pedro Simon</p>	<p>RS</p>	<p>MDB</p>	<p>07/04/2005</p>	<p>Em 26/12/2014 Arquivada ao final da Legislatura (art. 332 do RISF) Destino: Ao arquivo (30/03/2015)</p>	

			profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...					
PLS 524/2009 OBS: Tramitando em conjunto com PLS 103/2005, PLS 101/2005, PLS 79/2003	Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença.	Avulso inicial da matéria (25/11/2009) - PLS 524/2009 25/11/2009 - ... outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores ... Em alguns casos, a eutanásia é praticada a pedido ou ... situação em que ela passa a ser considerada suicídio assistido	Senador Gerson Camata	ES	MDB	25/11/2009	Decisão: Em 26/12/2014 Arquivada ao final da Legislatura (art. 332 do RISF) Destino: Ao arquivo (14/04/2015)	
		Texto inicial (25/11/2009) - PLS 524/2009 25/11/2009 - ... outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores ... Em alguns casos, a eutanásia é praticada a pedido ou ... situação em que ela passa a ser considerada suicídio assistido						

			<p>Projeto de Lei do Senado nº 524, de 2009</p> <p>Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença.</p> <p>14/04/2015 - ... Ascendente, obrigatoriedade, atestado, laudo médico, permissão, atendimento, alívio, paciente, terminal, utilização, método, desligamento, aparelhos, ortotanásia. ...</p>					
<p>PLS 236/2012</p> <p>OBS: Comissão: CT - Reforma do Código Penal Brasileiro - PLS 236/2012 (art. 374-RISF)</p>	<p>Reforma do Código Penal Brasileiro.</p>	<p>Anexo (13/09/2012) - PLS 236/2012 (NOVO CÓDIGO PENAL)</p> <p>13/09/2012 - ... Daí tem resultado o aperfeiçoamento de projetos de lei que vêm sendo aprovados, tanto no Senado como na Câmara, afastando a prática da eutanasia e acolhendo e disciplinando os "cuidados paliativos" a seren ...</p>	<p>Senador José Sarney</p>	<p>AP</p>	<p>MDB</p>	<p>09/07/2012</p>	<p>Relator atual: Senador Rodrigo Pacheco</p> <p>Último estado: 07/02/2020 - MATÉRIA COM A RELATORIA na CCJC (aguardando relatório)</p>	
		<p>Anexo (27/11/2012) - PLS 236/2012 (NOVO CÓDIGO PENAL)</p> <p>27/11/2012 - ... crimes cibernéticos. O Projeto propõe ainda a possibilidade de se legalizar a ortotanásia, caso o paciente queira, e proibir</p>						

			<p>a eutanásia, com exceções, além de outras propostas. ...</p>					
			<p>Anexo (27/11/2012) - PLS 236/2012 (NOVO CÓDIGO PENAL)</p> <p>27/11/2012 - ... Tememos que com a regulamentação da eutanásia as maiores vítimas no Brasil sejam os idosos pobres e desamparados. ... EUTANÁSIA e SUICÍDIO ASSISTIDO: recebam as mesmas penas que o homicídio; S8. ...</p>					
	<p>PLS 688/2015</p> <p>OBS: Número na Câmara dos Deputados: PL 5460/2016</p> <p>Relacionado também ao</p>	<p>Determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça tratamento de implante por cateter de prótese valvar aórtica.</p>	<p>Texto inicial (19/10/2015) - PLS 688/2015</p> <p>19/10/2015 - ... balão proporciona melhora imediata dos sintomas, da hemodinâmica e da função ventricular esquerda de paciente com estenose aórtica grave, mas é considerada como uma abordagem paliativa, especialmente para ...</p>	<p>Senador Acir Gurgacz</p>	<p>RO</p>	<p>PDT</p>	<p>19/10/2015</p>	<p>Decisão: Em 31/05/2016</p> <p>Aprovada por Comissão em decisão terminativa</p> <p>Destino: À Câmara dos Deputados em 01/06/2016</p>
			<p>Avulso inicial da matéria (19/10/2015) - PLS 688/2015</p>					

	<p>Projeto de Lei nº 177, de 2020 (Emenda(s) da Câmara dos Deputados)</p>		<p>19/10/2015 - ... balão proporciona melhora imediata dos sintomas, da hemodinâmica e da função ventricular esquerda de paciente com estenose aórtica grave, mas é considerada como uma abordagem paliativa, especialmente para ...</p>					
	<p>PLS 403/2016 OBS: Número na Câmara dos Deputados: PL 10283/2018 Relacionado também ao PL 6551/2019 (Substitutivo-CD)</p>	<p>Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências, para assegurar atendimento prioritário a pessoas com neoplasia maligna que estejam se submetendo a quimioterapia ou radioterapia.</p>	<p>Relatório Legislativo (27/04/2017) - PLS 403/2016</p> <p>27/04/2017 - ... maligna, seu estágio, localização, existência de comorbidades ou fragilidade da saúde do paciente, podendo abranger a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, cuidados paliativos etc.</p> <p>P.S 34/2018 - CDH</p> <p>27/04/2018 - ... maligna, seu estágio, localização, existência de comorbidades ou fragilidade da saúde do paciente, podendo abranger a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia</p>	<p>Senador Romário</p>	<p>RJ</p>	<p>PSB</p>	<p>08/11/2016</p>	<p>Decisão: Em 17/05/2018 Casa Revisora (Câmara dos Deputados) com o nº PL 10283/2018. Recebido em 22/05/2018. No dia 29/11/2019. Reenvio ao Senado Federal na Redação Final. Aguardando encaminhamento do Primeiro</p>

			hormonal, cuidados paliativos etc.					Secretário – Of. nº 461/2019 PS- GSE
PLS 514/2017	Altera o art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para descriminalização do cultivo da <i>cannabis sativa</i> para uso pessoal terapêutico	PLS 514/2017 19/12/2017 - ... Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.73 n.4 São Paulo, apr. 2015. 3 Laura Bonfá; Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre; Núbia Verçosa de Figueiredo - Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos . Rev. Bras. ...	Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH)	-----	-----	19/12/2017	Relator atual: Senador Lasier Martins Último estado: 10/03/2020 - matéria com a relatoria	
PLS 7/2018	Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para isentar do crime de omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização	PLS 7/2018 05/02/2018 - ... VIII – direito à confidencialidade das informações referentes ao seu estado de saúde; IX – acesso a cuidados paliativos adequados ao alívio do sofrimento e de sintomas físicos e psíquicos decorrentes de doenças ou ... Avulso inicial da matéria (05/02/2018) - PLS 7/2018 05/02/2018 - ... VIII – direito à confidencialidade das informações	Senador Pedro Chaves	MS	PSC	30/01/2018	Relator atual: Senador Lasier Martins Último estado: 24/04/2019 - AUDIÊNCIA PÚBLICA (Requeriment o nº 9, de 2019-CCJ, de iniciativa do Senador	

		de tratamento ou procedimento médico recusados; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para proibir a reutilização de produtos para a saúde descartáveis.	referentes ao seu estado de saúde; IX – acesso a cuidados paliativos adequados ao alívio do sofrimento e de sintomas físicos e psíquicos decorrentes de doenças ou ... Relatório Legislativo (04/07/2018) - PLS 7/2018 04/07/2018 - ... informação de o tratamento ser experimental, se for o caso; liberdade de consulta a outros profissionais para opinião diversa; confidencialidade das informações de seu estado de saúde; cuidados paliativos para alívio de ...					Major Olimpio, para a realização de Audiência Pública em data oportuna para instruir a matéria)
PLS 149/2018	Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde.	Avulso inicial da matéria (03/04/2018) - PLS 149/2018 03/04/2018 - ... IV – cuidados paliativos : procedimentos indispensáveis para promover a qualidade de vida e a dignidade do paciente ... Ademais, o Código de Ética Médica autoriza a prática da ortotanásia e, além de recomendar ao ...	Senador Lasier Martins	RS	PSD	03/04/2018	Relator atual: Senador Fabiano Contarato Último estado: 08/05/2019 - MATÉRIA COM A RELATORIA	

			<p>PLS 149/2018</p> <p>03/04/2018 - ... IV – cuidados paliativos: procedimentos indispensáveis para promover a qualidade de vida e a dignidade do paciente ... Ademais, o Código de Ética Médica autoriza a prática da ortotanásia e, além de recomendar ao ...</p>					
			<p>Relatório Legislativo (10/10/2018) - PLS 149/2018</p> <p>10/10/2018 - ... terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde”; “cuidados paliativos”; e “procedimentos ... ordem jurídica brasileira – e os cuidados básicos indispensáveis para garantir uma morte digna ao paciente ...</p>					
	<p>PLS 267/2018</p>	<p>Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem</p>	<p>Avulso inicial da matéria (29/05/2018) - PLS 267/2018</p> <p>29/05/2018 - ... III – utilizar a abordagem dos cuidados paliativos em todos os pacientes em fim de ... como aquela em que a vida não seja abreviada (eutanásia/suicídio assistido)</p>	<p>Senador Paulo Rocha</p>	<p>PA</p>	<p>PT</p>	<p>29/05/2018</p>	<p>Decisão: Retirada pelo autor Destino: Ao arquivo em 08/08/2018</p>

		submetidos os pacientes nas situações especificadas.	nem prolongada desnecessariamente (distanásia). ...					
Projeto de Lei de Conversão (CN) Total: 01	PLV 18/2012 OBS: Relacionado a Medida Provisória MPV 563/2012	Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários devidas pelas empresas que especifica, institui o Programa de Incentivo à Inovação Tecnológica e Adensamento da Cadeia Produtiva de Veículos Automotores, o Regime Especial de Tributação do Programa Nacional de Banda Larga para Implantação de Redes de Telecomunicações, o Regime Especial de Incentivo a	Parecer (18/07/2012) - PLV 18/2012 18/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...	Comissão Mista da Medida Provisória nº 563, de 2012	-----	-----	04/07/2012	Decisão: Aprovada na forma de Projeto de Lei de Conversão Destino: À sanção Norma jurídica gerada: Lei nº 12.715 de 17/09/2012
			Quadro Comparativo (20/07/2012) - PLV 18/2012 20/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Medida Provisória, a promoção da informação, a pesquisa, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...					

		<p>Computadores para Uso Educacional, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, restabelece o Programa Um Computador por Aluno, altera o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Indústria de Semicondutores, instituído pela Lei nº 11.484, de 31 de maio de 2007, e dá outras providências.</p>	<p>Quadro Comparativo (20/07/2012) - PLV 18/2012</p> <p>20/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Medida Provisória, a promoção da informação, a pesquisa, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...</p>					
			<p>Texto oficial remetido à sanção (13/08/2012) - PLV 18/2012</p> <p>13/08/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...</p>					
			<p>Texto oficial remetido à sanção (13/09/2012) - PLV 18/2012</p> <p>13/09/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção</p>					

			da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...					
Projeto de Lei da Câmara (PLC) Total: 01	PLC 75/2014 OBS: Número na Câmara dos Deputados: PL 642/2007	Dispõe sobre a regulamentação da profissão de instrumentador cirúrgico.	Texto oficial remetido ao Senado Federal (15/07/2014) - PLC 75/2014 15/07/2014 - ... responsável; VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; ...	Deputado Federal George Hilton	MG	PSB	15/07/2014	Relator atual: Senador Paulo Paim Último estado: 25/05/2020 - PRONTA PARA A PAUTA NA COMISSÃO (Comissão de Assuntos Sociais – CAS)
			PLC 75/2014 X Emenda nº 1 - CAE (Substitutivo) (19/05/2016) - PLC 75/2014 19/05/2016 - ... V – cooperar com a prática do aborto ou prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; Page 3. ...					

Projeto de Lei do Senado Total: 02	Projeto de Lei nº 4364, de 2020	Institui a Política Nacional de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e Outras Demências e dá outras providências.	26/08/2020 - ... contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, tanto em instituições quanto no ambiente doméstico, tanto no que se refere à redução do isolamento quanto à adequação dos cuidados paliativos em todas ...	Senador Paulo Paim	RS	PT	26/08/2020	Plenário do Senado Federal Ação Legislativa: Encaminhado à publicação, em 26/08/2020.
	Projeto de Lei nº 883, de 2020	Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional.	Explicação da Ementa: Disciplina os direitos do paciente em fase terminal de vida a cuidados paliativos adequados e a uma morte digna e sem dor.	Senador Marcos do Val	ES	PODEMOS	24/03/2020	24/03/2020 - Plenário do Senado Federal (Secretaria de Atas e Diários)

Fonte: Sistema de Informações Legislativas – Senado Federal (2020).

Nota: Expressões de busca – “eutanásia” OR “suicídio assistido” OR “cuidados paliativos” OR “cuidado paliativo” OR “ortotanásia” OR “distanásia” OR “morte digna” OR “abordagem paliativa” -“animais” -“animal” -“cão” -“gato”.

ANEXO C: Coleções apresentadas por sessões e reuniões; matérias legislativas; legislação e publicações com o número de textos disponíveis a partir das palavras-chave.

Coleção	Tipos de textos		Número de textos
Sessões e Reuniões	Pronunciamentos		79
Matérias Legislativas	Projetos e Matérias - Proposições	Vetos	25
		Medidas Provisórias	
		Matérias Orçamentárias	
Matérias do Congresso			
	Projetos e Matérias – Documentos	120	
Legislação e Publicações	Legislação Federal	3	
	Diários	43	

Fonte: Sistema de Informações do Congresso Nacional (2020).

ANEXO D: Distribuição dos textos a partir do período de registro, classificação de tipos de documento, localização, coleção e informação relacionada ao rastreamento.

Ano	Tipo	Casa Legislativa	Coleção	Informações de Rastreamento
0 Data: 06/11/2019 Total: 01	SBT-A - Substitutivo adotado pela Comissão*	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	Substitutivo adotado ao Projeto de Lei n.º 1.605, de 2019. 06/11/2019 - ... internação domiciliares. §2º O atendimento integral deverá garantir, ainda, tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos . Art. 14. A conscientização ...
1975 09/05/1975 Total: 01	Diário (DCN) nº 40, de 09/05/1975 - Págs. 1097 a 1106	Congresso Nacional	Diários	Atas das reuniões e outras informações. 09/05/1975 - ... porventura, os dramas domésticos nos países que o adotaram? Admitir o divórcio para eliminar sofrimentos morais seria o mesmo que admitir a Eutanásia para eliminar sofrimentos físicos. ...
1992 Total: 02 (01 Suplemento + 01 DCN)	Supl. - Diário do Congresso Nacional nº 21, de 17/06/1992 - Págs. 11 a 20	Congresso Nacional	Diários	Suplemento ao nº21-Atas da 6º à 8º: Reuniões realizadas em 12, 13 e 19 de maio de 1992, criadas através Requerimento nº 796/91-CN, destinada a "Investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". Comissão Mista de Inquérito. 17/06/1992 - ... nosso conferencista quando ele faz esse rastreamento histórico remontando ao início do século, às primeiras ideias, demonstrando essa intimidade que há entre controle de natalidade, controle eugênico e eutanásia
	Diário do Congresso Nacional nº 37,	Congresso Nacional	Diários	DCN 37/1992 Ata da 34ª Sessão Conjunta, em 2 de setembro de 1992 2ª Sessão Legislativa Ordinária, da 49ª Legislatura 03/09/1992

	de 03/09/1992 - Págs. 1895 a 1904			03/09/1992 - ... O que o povo quer é abreviar a nossa agonia. O Presidente na melhor das hipóteses está moribundo. Concluir o processo é mera eutanásia . Façamo-lo em conjunto, Srs. Congressistas ...
1994 Total: 01	Para discursar: Pronunciamento de Odacir Soares em 09/03/1994	Senado Federal	Pronunciamentos	Relatório de visita de s.exa. como membro da comissão parlamentar conjunta do Mercosul (seção brasileira) ao parlamento europeu, em Bruxelas, nos dias 22, 23 e 24 de fevereiro último. ... Naquele dia, um dos temas debatidos foi o da eutanásia , que, por abordar questão considerada de consciência e de foro íntimo, teve sua votação pendente do posicionamento pessoal de cada Deputado. ...
1995 Total: 02	Para discursar: Pronunciamento de Odacir Soares em 21/06/1995	Senado Federal	Pronunciamentos	Posição contrária a aprovação do PL da câmara 114 em 1994, de autoria do ex-deputado Eduardo Jorge, que regulamenta o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades... ... Denunciando vários atentados que contra ela são perpetrados: aborto, eutanásia , pena de morte - insurge-se, também, o Santo Padre, contra a prática de fecundação artificial, que leva à morte de vários embriões. ...
	Para discursar: Pronunciamento de Lauro Campos em 01/09/1995	Senado Federal	Pronunciamentos	As ambiguidades das decisões econômicas do atual governo. Homenagens a memória do pensador Florestan Fernandes. .. Florestan Fernandes, tal como Sócrates, fez em certo momento uma opção: entre uma vida privilegiada e uma morte digna , coerente, uma morte irmanada com tantos irmãos nossos, preferiu a coerência. ...
	Para discursar:		Pronunciamentos	Reapresentação de projeto de lei que autoriza a eutanásia, morte sem dor nos casos que

<p>1996</p> <p>Total: 07 (Pronunciamentos)</p>	<p>Pronunciamento de Gilvam Borges em 21/05/1996</p>	<p>Senado Federal</p>		<p>específica, e da outras providencias. ... Autores como Néelson Hungria e Garcia Pinto, que consideram desnecessária a eutanásia, citando a opinião de grandes ... o referencial de prazer e da execução do cotidiano, peço que se lhes dê morte digna, morte justa. ...</p>
	<p>Para discursar: Pronunciamento de Gilvam Borges em 21/10/1996</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Justificando o projeto de lei do senado 105/96, de sua autoria, que autoriza a prática da eutanásia, a morte sem dor, nos casos que especifica e da outras providencias. .. da eutanásia e do direito de o cidadão optar. O Brasil atualmente intensifica essa discussão, que já vem de longa data, antes de eu ter nascido, até no início da história. O direito à boa morte, o direito à morte digna, essa ...</p>
	<p>Para discursar: Pronunciamento de Gilvam Borges em 10/05/1996</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Razões para a apresentação de proposta de emenda à constituição, que da nova redação aos artigos 22 e 24. ... Além disso, temas polêmicos, mas de conteúdo progressista inegável como a descriminalização do aborto, de algumas drogas e da eutanásia, podem ser avaliados de modo bastante diferente pela população de cada ...</p>
	<p>Para discursar: Pronunciamento de Odacir Soares em 01/02/1996</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Recebimento do livro bioética y poblacion, de autoria do professor Michel Schooyans, catedrático da Universidade de Louvain, Bélgica, visando a solução da pobreza no mundo. ... passamos a assistir a uma campanha mundial que tem como objetivo não apenas cortar as fontes da vida pela trivialização da esterilização, mas também legalizar o aborto, e talvez, dentro de pouco tempo, a eutanásia". ...</p>
	<p>Para discursar:</p>			<p>Apelo de lideranças políticas e de setores comunitários do município de Benjamin Constant</p>

	Pronunciamento de Bernardo Cabral em 19/07/1996	Senado Federal	Pronunciamentos	– AM, em favor de uma solução para o quadro caótico de sua população, causado pela apreensão de toda a madeira produzida na safra 95/96 pelo IBAMA. ... De modo algum poderemos nos manter alheios diante desse quadro de convulsão social, sob pena de condenarmos à inanição, pela eutanásia da omissão, uma ordeira e trabalhadora comunidade. ...
	Para discursar: Pronunciamento de Lauro Campos em 28/06/1996	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexões sobre a intervenção do Estado na economia. ... Por isso, proponho, modestamente, que se passe um rolo compressor não sobre a humanidade, mas sobre os banqueiros, para que o capitalismo tenha a possibilidade de ter uma morte digna , de ter uma sobrevida ...
	Para discursar: Pronunciamento de Gilvam Borges em 22/11/1996	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexões sobre a violência no país, destacando a realidade da cidade do Rio de Janeiro: comunicando a apresentação, nesta data, de projeto de lei que acrescenta parágrafos aos artigos 318 e 334, do código penal e inciso VII ao artigo 1. ... Congresso! -, porque não entendo a morte como uma pena. Sou favorável à eutanásia . Acho que, para um bandido, para um criminoso, a pena de morte nada mais é do que um prêmio. ...
	Para discursar: Pronunciamento de Lúcio Alcântara em 09/04/1997	Senado Federal	Pronunciamentos	Virtudes e perigos da internet. Projeto de lei de s.exa. em tramitação no senado federal, sobre banco de dados. ... Criaram então a Hemlock Society, que tem justamente o objetivo de difundir, de defender, de fazer proselitismo da eutanásia - trata-se do suicídio assistido ou da chamada informação que alguém em vida pode fazer. ...
1997 Total: 06	Para discursar: Pronunciamento de Lúcio		Pronunciamentos	Comentando importantes decisões da suprema corte norte-americana considerando inconstitucionais a tentativa de

(Pronunciamentos)	Alcântara em 09/07/1997	Senado Federal		censura sobre a internet e a eutanásia. ... que, com respeito à eutanásia , há uma propagação pela Internet no sentido de fazer proselitismo em relação à forma de colocar fim à própria vida, sob diversas modalidades, inclusive a do suicídio assistido com a ...
	Para discursar: Pronunciamento de Gilvam Borges em 10/07/1997	Senado Federal	Pronunciamentos	Considerações sobre projeto de lei de autoria de s.exa., em tramitação nesta casa, que dispõe sobre a eutanásia. ... Refiro-me à Eutanásia : o direito à morte com dignidade. ... sofrer, diante da impotência e da dor profunda é preciso que todos nós tenhamos a condição de ter o livre arbítrio em optar, em decidir, por uma morte digna e justa. ...
	Para discursar: Pronunciamento de Valmir Campelo em 03/10/1997	Senado Federal	Pronunciamentos	Saudando o papa João Paulo II, que se encontra em visita ao Brasil. ... temeroso com o avanço da ala progressista da igreja, João Paulo II tem sido defensor constante dos valores cristãos tradicionais e opositor ferrenho do aborto, do divórcio e da eutanásia
	Para discursar: Pronunciamento de Odacir Soares em 21/08/1997	Senado Federal	Pronunciamentos	Consequências nefastas da derrubada dos vetos ao projeto de lei 114, de 1994, que regulamenta o planejamento familiar na sociedade brasileira. ... ver aprovados de roldão, sob a "irresistível" pressão do lobby feminista, outras proposições extremamente controvertidas e explosivas, tais como o aborto legal, a união estável dos homossexuais, a eutanásia , assim como ...
	Para discursar:		Pronunciamentos	Comentando as conclusões do relatório da Comissão especial temporária destinada a acompanhar <i>in loco</i> os atos, fatos e circunstâncias que envolvem a tragédia da clínica Santa Genoveva, no bairro de

	Pronunciamento de Benedita da Silva em 24/04/1997	Senado Federal		Santa Tereza, bem como nas demais casas de saúde para enriquecerem às custas das torturas, dos maus tratos e da morte de cidadãos brasileiros que trabalharam a vida inteira e que merecem ter um final de vida digno - e mesmo uma morte digna para aqueles ...
1998 Total: 01 (PL)	PL 4703/1998 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara. Tipo: projeto de Lei (PL)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições Apresentação e apensado ao PL-1135/91{não consta, pois não possui as palavras-chave}	Autor: Francisco Silva - PPB/RJ. Apresentação: 11/08/1998 Ementa: Acrescenta o inciso VIII e o § 1º ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. 11/08/1998 - ... 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Explicação da Ementa: Inclui o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (eutanásia) e o aborto provocado nos crimes considerados hediondos; PL 4646/2016 (3) ... Dados Complementares: Inclui como crime hediondo o aborto provocado pela gestante, ou por terceiros, com o seu consentimento. Situação: Aguardando Parecer. Apensado a outros PL. Tramitando em Conjunto
1999 Total: 02 (Pronunciamentos)	Para discursar: Pronunciamento de Lauro Campos em 15/03/1999	Senado Federal	Pronunciamentos	Implicações para a economia do país decorrentes do combate à inflação através da elevação da taxa de juros. ... economia dolarizada, a solução final de combate à elevação do índice de preços é a inexistência de mercadorias que entrem na composição do índice fetichista ou a abolição dos consumidores, a " eutanásia " (JM Keynes ...
	Para discursar: Pronunciamento de Lúcio Alcântara em 24/02/1999	Senado Federal	Pronunciamentos	Necessidade de instaurar debate sério e democrático com vistas a criação imediata do comitê nacional consultivo de bioética no âmbito do Congresso Nacional. ... Do aborto à eutanásia , do transplante de órgãos à fertilização in vitro, da clonagem

				humana à produção artificial de alimentos, da UTI aos programas de combate a AIDS, em todos esses casos não há como negar o ...
2000 Total: 01 (PLS)	Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000 OBS: Ficha de Tramitação e Inteiro Teor {Diário do Senado Federal nº66}	Senado Federal	Projetos e Matérias – Proposições OBS: Nº na Câmara dos Deputados: PL 6715/2009	De 25/04/2000, por Senador Gerson Camata Exclui de ilicitude a ortotanásia . (Altera o Código Penal).
2001 Total: 05 (04 pronunciamentos no Senado Federal e uma lei)	Para discursar: Pronunciamento de Romeu Tuma em 20/06/2001	Senado Federal	Pronunciamentos	Homenagem de pesar pelo falecimento do médico e cientista, Dr. Daher Elias Cutait, ocorrido em São Paulo, no último dia 6 do corrente. ... Mas, na verdade, como tudo o que fez em sua existência, o Dr. Cutait produziu uma obra abrangente e profunda, capaz de desnudar e tornar acessíveis aos leitores até questões polêmicas como a eutanásia e o erro ...
	Para discursar: Pronunciamento de Lauro Campos em 21/08/2001	Senado Federal	Pronunciamentos	Apoio a carta de funcionários da imprensa nacional sobre os problemas advindos da transferência do órgão ao Ministério da Justiça para a Casa Civil. ... dando aula. Pediu que lhe fornecessem um balão de oxigênio para que ele pudesse dar aula. Eu gostaria de ter a mesma morte digna : trabalhando, ou seja, lecionando. Mas a universidade ...
	Para discursar: Pronunciamento de Mauro Miranda em 19/10/2001	Senado Federal	Pronunciamentos	Homenagem pelo transcurso, ontem, do dia do médico. ... Na área da Medicina, a indagação mais recorrente é como nos comportaremos em relação a questões que envolvem a vida e a morte, tais como: interrupção voluntária da gravidez e eutanásia ; as condições em que é ...

	Para discursar: Pronunciamento de Romero Jucá em 28/03/2001	Senado Federal	Pronunciamentos	Saudações ao Conselho Nacional de Medicina pela edição do último número da revista bioética, que tratou do Simpósio "Desafios da Bioética no Século XXI". ... Nessa linha, a bioética feminista e crítica é, no fundo, a análise de todas as questões bioéticas, da eutanásia ao aborto, sob o compromisso compensatório de interesses dos grupos e pessoas socialmente vulneráveis. ...
	Lei nº 10.289 de 20/09/2001 (Publicação Original)	Lei	Legislação Federal	Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. 20/09/2001 - ... da Saúde promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as ...
2002 Total: 03 (01 PL + 02 Pronunciamentos)	PL 6382/2002 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara Situação: Arquivada	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições OBS: Ficha de Tramitação/Trami tação Completa/Aprese n-tação e leitura/Publicação inicial/Parecer	Apresentação do PL em 21/03/2002 por Telma de Souza – SP. Ementa: Institui o Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos...
	Para Discursar: Pronunciamento de Sebastião Bala Rocha em 20/06/2002	Senado Federal	Pronunciamentos	Apoio à clonagem terapêutica. Defesa da aprovação do projeto que proíbe o uso do silicone injetável para fins estéticos. Indignação com a Revista Terra em função de matéria depreciativa sobre o Município Laranjal do Jarí. ... da Saúde (*); da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (*) e do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde - áreas de urologia, oncologia clínica, radioterapia, cuidados paliativos , patologia clínica ...
				Reflexão sobre a clonagem humana terapêutica, por

	Para Discursar: Pronunciamento de Tião Viana em 10/06/2002	Senado Federal	Pronunciamentos	ocasião da realização no Senado Federal, a partir de amanhã, de seminário sobre o tema. ... Todos sabem que o aborto e a eutanásia são parte inerente da controvérsia e das polêmicas éticas e políticas do nosso tempo. Possivelmente o tema da clonagem terapêutica estará inserido nelas pelas mesmas razões. ...
2003 Total: 03 (02 Pronunciamentos + 01 PL)	Para Discursar: Pronunciamento de Ramez Tebet em 07/11/2003	Senado Federal	Pronunciamentos	Reforma da previdência. Cancelamento das aposentadorias dos brasileiros com mais de 90 anos de idade. ... Heráclito Fortes (PFL - PI) - Essa pessoa, desesperada, pediu-me providências, e me disse: "Olha, só falta o Governo tomar uma medida: legalizar, no Brasil, a eutanásia , porque o que vamos fazer no mundo, com essa ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Paulo Octávio em 07/11/2003	Senado Federal	Pronunciamentos	Decisão do governo que cancelou as aposentadorias recebidas por pessoas com mais de 90 anos de idade. Redução da dotação orçamentária destinada à Rede Sarah. Defesa do desenvolvimento integrado da Região Centro-Oeste. Reforma da previdên... ... da vida, compareceu a todos os pleitos eleitorais, e que, embora a idade já permitisse a dispensa do voto, havia votado no Presidente eleito e que não se surpreenderia se viesse ao Congresso a lei da eutanásia , o que ...
	PL 2287/2003 - Portal da Câmara Situação: Arquivada	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Inteiro Teor	14/10/2003 - ... VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII - promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VIII - valer-se de agenciador de ...
				09/08/2004 - ... Solicita seja convidado o Dr. Roberto de

<p>2004 Total: 09 (03 Requerimentos +01 Pronunciamento + 01 PL+ 03 fichas de tramitação para andamento na Audiência)</p>	<p>Inteiro teor - REQ 61/2004 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>Barros, Delegado da cidade de Taubaté-SP, responsável pela apuração das denúncias de envolvimento de quatro médicos, acusados da prática de eutanásia, para retirada e ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 55/2004 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>22/06/2004 - ... (neurocirurgião), Antônio Aurélio Carvalho de Almeida (neurocirurgião), Rui Noronha Sacramento (urologista) e Pedro Henrique Torrencillas (urologista), acusados de prática de eutanásia em hospitais de Taubaté para ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 58/2004 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>22/06/2004 - ... Solicita seja convidado o Dr. Marcelo Negrini, Promotor de Justiça da cidade de Taubaté-SP, responsável pela apuração das denúncias de envolvimento quatro médicos, acusados da prática de eutanásia, para retirada e ...</p>
	<p>Para Discursar: Pronunciamento de Papaléo Paes em 31/05/2004</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Defesa da transparência da lista de transplante de medula óssea do Instituto Nacional de Câncer - Inca. ... em uma unidade hospitalar, vinculada ao SUS, que dispõe de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à atenção integral ao paciente de câncer, desde o diagnóstico da doença até os cuidados paliativos. ...</p>
	<p>Inteiro teor - PL 3497/2004 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>06/05/2004 - ... Estudo realizado na Universidade de Brasília em 1998 encontrou 123 Projetos de Lei que tratavam de temas relacionados à Bioética (eutanásia, engenharia genética e técnicas de reprodução assistida, aborto e ...</p>
	<p>REQ 55/2004 (Requerimento)</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos de Lei e Outras Proposições</p>	<p>11/08/2004 CPI - Tráfico de Órgãos Humanos (CPIORGAO) - reunião deliberativa ordinária - Audiência: aprovado 22/06/2004 - ... (neurocirurgião),</p>

	- Portal da Câmara		Ficha de Tramitação	Antônio Aurélio Carvalho de Almeida (neurocirurgião), Rui Noronha Sacramento (urologista) e Pedro Henrique Torrencillas (urologista), acusados de prática de eutanásia em hospitais de Taubaté para ...
	REQ 61/2004 (Requerimento) - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos de Lei e Outras Proposições Ficha de Tramitação	11/08/2004 CPI - Tráfico de Órgãos Humanos (CPIORGAO) - reunião deliberativa ordinária - Audiência aprovado 09/08/2004 - ... Solicita seja convidado o Dr. Roberto de Barros, Delegado da cidade de Taubaté-SP, responsável pela apuração das denúncias de envolvimento de quatro médicos, acusados da prática de eutanásia , para retirada e ...
	REQ 58/2004 (Requerimento) - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos de Lei e Outras Proposições Ficha de Tramitação	11/08/2004 CPI - Tráfico de Órgãos Humanos (CPIORGAO) - reunião deliberativa ordinária - Audiência aprovado 22/06/2004 - ... Solicita seja convidado o Dr. Marcelo Negrini, Promotor de Justiça da cidade de Taubaté-SP, responsável pela apuração das denúncias de envolvimento quatro médicos, acusados da prática de eutanásia , para retirada e ...
	Diário do Congresso Nacional nº 10, de 09/07/2004 - Págs. 1661 a 1670	Congresso Nacional	Legislação e Publicações: Diários	09/07/2004 - ... Cabe considerar também que a anencefalia não é o único tema a evocar a precipitação da morte. A eutanásia , ou morte sem sofrimento, aguarda a vez na fila da discriminação. ...
2005	Para Discursar: Pronunciamento de Mozarildo Cavalcanti em 07/10/2005	Senado Federal	Pronunciamentos	Transcurso, dia 8 do corrente, do Dia Mundial de Cuidados Paliativos. (como Líder). ... Na maioria dos casos, o chamado Cuidado Paliativo é oferecido para pacientes vítimas de câncer e de Aids ... do mundo resolveram marcar o dia 8 de outubro de 2005 como o

<p>Total: 21 (13 Pronunciamentos +01 Emenda ao PLS 79/2003+ 01 legislação citada ao PLS 34/2005 + 01 PL com inteiro teor e ficha de tramitação +01 REQ com inteiro teor e ficha de tramitação +01 RIQ com inteiro teor e ficha de tramitação)</p>				<p>primeiro Dia Mundial de Cuidados Paliativos. ...</p>
	<p>Inteiro teor - PL 5058/2005 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>13/04/2005 - ... 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso. ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 3064/2005 - Portal da Câmara 04/07/2005</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>04/07/2005 - ... 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso”. ...</p>
	<p>Para Discursar: Pronunciamento de Mozarildo Cavalcanti em 07/10/2005 Acrescentou informações</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Transcrição de documentos relativos ao Dia Mundial de Cuidados Paliativos. Compromisso do governo federal de reabrir a discussão sobre a transposição das águas do Rio São Francisco, o que possibilitou o fim da greve de fome de Dom Luiz F... ... Peço a V. Ex^a que considere como lido o material anexo que me foi enviado pelo grupo de médicos que está tratando dessa questão dos cuidados paliativos. ... Ma téria referida: “Prática Hospitalar - Cuidados paliativos.”. ...</p>
	<p>Pronunciamento de Lúcia Vânia em 31/03/2005</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Considerações acerca da morte da paciente terminal norte- americana Terri Shiavo, ocorrida hoje. Destaque a projeto de lei de autoria de S.ExA. que promove o apoio psicológico-emocional a parentes de enfermos nos hospitais. ... Aqui não temos legislação que permita a eutanásia, tema difícil para um país como o Brasil, cuja ... Trabalho semelhante já existe no Ambulatório de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São Paulo e no ...</p>

	<p>PL 5058/2005 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara</p> <p>Ficha de Tramitação</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Proposições</p>	<p>18/07/2005. Mesa Diretora (MESA) Indeferido o Requerimento nº 3064/2005, haja vista que a distribuição foi feita nos termos regimentais, não restando comprovado o mérito da CDHM. 13/04/2005 - ... Ementa Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso. ...</p>
	<p>Para Discursar: Pronunciamento de Flexa Ribeiro em 18/08/2005</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Comentários ao artigo do jornalista Fernando Rodrigues, publicado no jornal Folha de São Paulo, intitulado "Eutanásia incerta". Homenagem ao dia 15 de agosto, data em que o Estado do Pará aderiu à Independência do Brasil, no ano de 1823. R... ... Senadores, gostaria também de comentar artigo do jornalista Fernando Rodrigues, publicado pelo jornal Folha de S.Paulo, de 13 de agosto de 2005, com o título: "Eutanásia incerta". ... Matéria referida: "Eutanásia incerta." ...</p>
	<p>Para Discursar: Pronunciamento de Marcelo Crivella em 25/10/2005</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Questão de ordem referente à decretação da perda do mandato do Senador João Capiberibe. ... se findaram. Sr. Presidente, parece que estamos cometendo eutanásia em um companheiro ligado às máquinas, porque a morte que não nos cabe decidir foi decretada. O Brasil ...</p>
	<p>Para discursar: Pronunciamento de Eduardo Azeredo em 14/04/2005</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Solicita providências do governo federal para mobilização no combate à nova epidemia de gripe. ... de se pretender selecionar quem deve e quem não deve ser tratado nas UTIs, a Oposição mostrou que, se tal medida fosse tomada, equivaleria ao Governo adotar, na prática, a oficialização da eutanásia sobre os ...</p>

	Para Discursar: Pronunciamento de José Maranhão em 05/10/2005	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexões sobre as medidas implementadas para atender às necessidades da seca. Leitura de nota divulgada pelo arcebispo da Paraíba, dom Aldo Pagotto, acerca da polêmica em torno da transposição das águas do Rio São Francisco e a respeito... .. O mesmo direito é garantido a qualquer cidadão e cidadã, bem como aos movimentos populares. A mesma e única Constituição não lhe garante o direito de praticar uma espécie de eutanásia
	Para Discursar: Pronunciamento de Lúcia Vânia em 06/04/2005	Senado Federal	Pronunciamentos	Considerações sobre o pontificado do Papa João Paulo II. Declaração de solidariedade ao Senador Geraldo Mesquita Júnior. ... vida moderna. Condenou o aborto, o uso de métodos anticoncepcionais, os métodos de fertilização in vitro, as mães de aluguel, o casamento entre homossexuais e a eutanásia . Os ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Arthur Virgílio em 11/04/2005	Senado Federal	Pronunciamentos	Protesta contra medida do Ministério da Saúde de criar normas para selecionar o tipo de paciente que ocupará leito em Unidade de Terapia Intensiva -UTI. (como Líder) ... Ele está com falência de três órgãos, não tem mais jeito!", o pai e a mãe, a família do ente querido quer que haja uma alternativa para o caso dele, uma possibilidade, a não ser que se trabalhe com eutanásia ou com ...
	Para Discursar: Pronunciamento de José Jorge em 24/10/2005	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexões sobre o resultado do referendo realizado ontem no País. Comentário sobre pesquisa Datafolha que mostra a tendência de queda na aprovação do Presidente Lula. Saúda o Partido dos Trabalhadores pela expulsão do ex-tesoureiro Delúb... .. Para questões polêmicas, tem de existir a consulta popular, a exemplo do que ocorreu agora com o desarmamento e que

				poderá ocorrer com o aborto, eutanásia e pena de morte. ...
Para Discursar: Pronunciamento de Ideli Salvatti em 12/04/2005	Senado Federal	Pronunciamentos		Refuta as críticas ao Ministro da Saúde Humberto Costa, por propor a reformulação de critérios para a internação de pacientes nas unidades de terapia intensiva (UTI) públicas. (como Líder) ... está junto com o debate sobre o direito que temos de tirar a vida. A eutanásia, a distanásia , isso veio de forma muito forte e eloquente nas cenas, em todas as reportagens feitas. ...
Para Discursar: Pronunciamento de Ney Suassuna em 04/10/2005	Senado Federal	Pronunciamentos		Considerações sobre a greve de fome de Dom Luiz Flávio Cappio, na cidade de Barra, na Bahia, contra o projeto de transposição das águas do Rio São Francisco. (como Líder) ... ele, Sr. Presidente, casa com a Igreja. Isso seria um divórcio, inclusive, da Igreja, porque a Igreja não permite o suicídio nem tampouco a lei do País permite a eutanásia . Na hora ...
Para Discursar: Pronunciamento de Eduardo Siqueira Campos em 11/04/2005	Senado Federal	Pronunciamentos		Críticas ao Governo Federal pela prorrogação da CPMF. Transcrição do artigo intitulado "O SUS na lona", de autoria do Jornalista Dioclécio Campos Júnior, publicado no Jornal Correio Braziliense, de hoje. Necessidade de uma revisão comple... ... O Governo, então, faz isso para diminuir gastos sociais. Não é só uma concepção filosófica de eutanásia ou distanásia , está o prolongamento da vida pela utilização de aparelhos. ...
Inteiro teor - RIC 2705/2005 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos Requerimento de Informação		12/04/2005 - ... O médico será responsabilizado? Qual será a política adotada pelo governo nesse sentido? 9. A adoção da eutanásia, ortotanásia e a distanásia fazem parte da política de saúde pública do Ministério da Saúde? 10. ...
RIC 2705/2005 (Requerimento				Solicita informações ao Sr. Ministro da Saúde sobre a edição de norma técnica

	de Informação) - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições	regulando a internação em unidades de terapia intensiva. 12/04/2005 - ... público, ocupação, leito hospitalar, (UTI), indenização, família, morte, danos físicos, doente, descumprimento, requisitos, responsabilidade, médico, avaliação, existência, políticas públicas, eutanásia , prorrogação, vida ...
	REQ 3064/2005 (Requerimento de Redistribuição) - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Proposições	18/07/2005: Acessório de: PL 5058/2005. Indeferido Situação: Arquivada Ficha de tramitação 04/07/2005 - ... 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.". Informações de Tramitação. ...
	Emenda. (24/05/2005) - PLS 79/2003 Emenda ao Projeto de Lei do Senado nº 79, de 2003 (CCJ)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: O PLS nº79/2003 não está nesta figura porque não apresenta as palavras-chave. Inicia com a Emenda.	24/05/2005 - ... 2º A opção de um paciente por não ser submetido a determinados procedimentos ou tratamentos não exclui a obrigação do médico e da equipe de saúde de prestar-lhe os devidos e necessários cuidados paliativos
	Legislação citada (01/03/2005) – ao PLS 34/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: O PLS nº34/2005 não está nesta figura porque não apresenta as palavras-chave.	01/03/2005 - ... da Saúde promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Heráclito	Senado Federal	Pronunciamentos	Protesto contra os discursos do Presidente Lula da Silva, em campanha pela reeleição, com críticas ao Congresso Nacional pelo fato de ainda não ter sido votada a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO. ... Eu

<p>2006</p> <p>Total:04 (01 Pronunciamento + 01 Parecer + 01 Relatório + 01 Diário)</p>	Fortes em 26/10/2006			estava em Maceió, Senador Ney Suassuna, e uma senhora me mostrou um panfleto apócrifo atribuído ao Geraldo Alckmin dizendo que, se eleito, como médico, legalizaria a eutanásia . Coitada! Ela, como católica... ..
	Parecer (06/09/2006) - PLS 34/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	06/09/2006 - ... os profissionais de saúde (generalistas e especialistas), capacitando-os e reciclando-os quanto a novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer da ...
	Relatório Legislativo (06/09/2006) - RQS 60/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: O RQS 60/2005 não está nesta figura porque não apresenta as palavras-chave.	06/09/2006 - ... Page 31. Proposição Autoria Ementa Situação Atual sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso. ... OBS: menção ao PL5058/2005
	Diário do Congresso Nacional nº 4, de 16/02/2006 - Págs. 367 a 376	Congresso Nacional	Diários	16/02/2006 - ... Confirmação de Violência Contra Idosos; VII) implementação do Programa de Atenção Domiciliar para idosos com foco nos seguintes agravos: acidente vascular encefálico, fraturas e traumas, dor e cuidados paliativos
<p>2007</p> <p>Total: 08 (02 PL + 05 Pronunciamentos + 01 Ficha de Tramitação)</p>	Inteiro teor – PL 2283/2007 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	25/10/2007 - ... O Congresso Nacional decreta: Art. 1º Esta lei equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo. Art. ... VIII – eutanásia (art. ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Gerson	Senado Federal	Pronunciamentos	Voto de pesar pela morte do advogado Geraldo Gomes de Paula. Considerações sobre decisão da Justiça Federal que sustou, por liminar, a resolução do Conselho Federal de Medicina que autorizava médicos a suspenderem

	Camata em 27/11/2007			tratamentos e procedime... ... ilustre Senador Papaléo Paes, sabe que isso se constituiu numa violência chamada distanásia A eutanásia é aquela em que se provoca uma morte boa, por ... E existe a ortotanásia , que é morte certa, a morte correta, que ...
	PL 2283/2007 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara	Câmara de Deputados	Projetos e Matérias – Proposições 06/11/2007 Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	Acrescenta parágrafo ao art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dados Complementares: Equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo.
	Para Discursar: Pronunciamento de Gerson Camata em 20/12/2007	Senado Federal	Pronunciamentos	Retrospectiva dos trabalhos desenvolvidos no ano de 2007. ... Outro projeto ligado ao setor é o que elimina as restrições hoje existentes à participação do capital estrangeiro nas empresas aéreas nacionais. É de minha autoria projeto de lei que regulamenta a ortotanásia
	Para discursar: Pronunciamento de Gerson Camata em 01/03/2007	Senado Federal	Pronunciamentos	Pede a Mesa Diretora mais rigor quanto ao cumprimento do Regimento Interno, no que diz respeito ao prazo para troca de relator dos projetos. Cita como exemplo, a proposição do orador que autoriza a ortotanásia, que há quatro anos possui V. Ex ^a sabe que há eutanásia , que é proibida, distanásia , que é a provocação da morte com dor, e ortotanásia , que é o que aconteceu, por exemplo, com o Papa João Paulo II. Perguntaram ...
				Manifestação de divergência

	Para Discursar: Pronunciamento de Tião Viana em 03/09/2007 - Pronunciamento s - Senado Federal	Senado Federal	Pronunciamentos	com relação a afirmações do Presidente do PT, Deputado Ricardo Berzoini, no último congresso do Partido, sobre a supressão do Senado Federal e instituição de um Parlamento unicameral. ... ao tema legalização do aborto ou à introdução de outro elemento nesse assunto que não envolva o que já está na Constituição brasileira, salvo pequenas ressalvas como, por exemplo, o assunto eutanásia , que deve ser ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Marco Maciel em 29/06/2007	Senado Federal	Pronunciamentos	Voto de aplauso ao Cardeal Dom Geraldo Majella Agnelo que completa 50 anos de sacerdócio na data de hoje. ... Matéria referida: - "Dom Geraldo Majella ataca aborto, eutanásia e pesquisa com célula-tronco". ...
	Inteiro teor – PL 642/2007 - Portal da Câmara	Câmara de Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	03/04/2007 - ... VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VIII – valer-se de agenciador de ...
2008 Total: 12 (04 Pronunciamentos + 02 PL + 01 INC + 02 Ficha de Tramitação + 03 Relatórios	Para Discursar: Pronunciamento de Papaléo Paes em 08/07/2008	Senado Federal	Pronunciamentos	Leitura de documento que recebeu da Sra. Zali Neves, sobre os resultados de pesquisa sobre o câncer. ... Cuidados Paliativos constituem a atenção ampla ao ser que padece de doença grave em evolução irreversível à terminalidade da vida. O termo cuidado paliativo , Sr. Presidente ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Marco Maciel em 12/03/2008	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexões sobre a Campanha da Fraternidade, promovida pela CNBB. ... Escolhe pois a Vida, tomando como base o texto (Dt 30, 19) -, pois a vida humana continua ameaçada do seu início até seu término pelas diversas modalidades de aborto e pela

que mencionam PLS diversos em um só texto).				antecipação da morte através da eutanásia ...
	Para Discursar: Pronunciamento de Cristovam Buarque em 05/03/2008	Senado Federal	Pronunciamentos	Posicionamento favorável ao uso das células tronco embrionárias para pesquisas científicas. ... Por que, então, moralmente, nós nos sentiríamos como se estivesse sendo cometido um aborto - assunto sobre o qual não estou falando aqui - ou uma eutanásia - assunto sobre o qual não estou falando aqui; estes são ...
	Inteiro teor - PL 3002/2008 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	13/03/2008 - ... Por esse motivo, propomos a esta Casa Legislativa o presente projeto de lei, uma vez que acredito tratar-se de medida procedente. A ortotanásia , cabe defini-la, não pode ser confundida com a eutanásia
	Para Discursar: Pronunciamento de Paulo Paim em 11/09/2008	Senado Federal	Pronunciamentos	Preocupação com o temporal que atinge o Rio Grande do Sul. Homenagem aos atletas brasileiros que participaram das Paraolimpíadas 2008, em Pequim. Aumento excessivo das mensalidades dos planos de saúde dos idosos. Deterioração do serviço Em São Paulo, no Hospital do Servidor Público Estadual existe a Enfermaria de Cuidados Paliativos que muitos chamam de “enfermaria da morte” mas que é definida por muitos familiares como o lugar onde a equipe ...
	Inteiro teor - PL 3207/2008 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	08/04/2008 - ... Matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia
	Inteiro teor – Indicação (INC) 3415/2008 -	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	11/11/2008 - ... Com essa qualificação, só estaria apta a fornecer suporte no tratamento de câncer, em procedimentos de prevenção, exames pontuais para diagnóstico, cuidados

	Portal da Câmara			paliativos e tratamento quimioterápico. ... Situação: Arquivada
	PL 3207/2008 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara Ficha de Tramitação	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições	Acresce os incisos VIII, IX e X ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. 08/04/2008 - ... 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dados Complementares: Inclui o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (eutanásia) e o aborto provocado nos crimes considerados hediondos. ... 24/04/2008. Apense-se à(ao) PL-4703/1998. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário
	PL 3002/2008 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara Ficha de Tramitação	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições Ficha de Tramitação OBS: Em 2009 apensado ao PL 6715/2009	Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro. 13/03/2008 - ... Autor Hugo Leal - PSC/RJ. Apresentação 13/03/2008. Ementa Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro. ... 08/12/2010 Comissão aprova proposta que regulamenta a ortotanásia . 25/03/2010 ...
	Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 101/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: O mesmo texto – Relatório Legislativo – menciona os três PLS (101/2005_103/2005_79/2003).	04/04/2008 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ... OBS: O PLS 101/2005 e o PL 103/2005 não constam nesta figura porque não apresentam as palavras-chave. O PLS 79/2003 começou com a Emenda em 2005.
Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 103/2005				
Relatório Legislativo (04/04/2008) - PLS 79/2003				
2009 Total:32 (03 INC + 04 REQ + 04	Inteiro teor - INC 5419/2009 - Portal da Câmara		Projetos e Matérias – Documentos.	07/10/2009 - ... Deputado Dr. TALMIR PV/SP Indicação nº, de 2009 (Do Sr. Dr. TALMIR). Indica, em caráter de urgência, a necessidade de criação de Hospices - Centros de

Pronunciamentos + 07 Fichas de Tramitação + 04 PL + 04 Relatórios + 04 Pareceres + 01 Texto Final Revisado + 01 Diário)	Inteiro teor - INC 5420/2009 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	OBS: Em texto único é apresentado as Indicações (INC): INC 5419/2009 e o INC 5420/2009.	Cuidados Paliativos no Brasil. ... Obs: Realizado um <i>download</i> para o texto e identificado com INC 5419/2009- Requer o envio de indicação à Ministra-Chefe da Casa Civil. INC 5420/2009 – Requer o envio de indicação ao Ministro de Estado da Saúde.
	Inteiro teor - REQ 99/2009 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	06/10/2009 - ... JUSTIFICAÇÃO Segundo Flávia Firmino, Cuidados Paliativos derivam do modelo de assistência inglesa que se ... se aqui os vários tipos e valores intrinsecamente associados: eutanásia, distanásia, ortotanásia , a própria ...
	Pronunciamento de Gerson Camata em 26/03/2009	Senado Federal	Pronunciamentos	Agradecimentos aos seus Pares pela aprovação da lei que deu maioridade ao cooperativismo brasileiro. Apelo no sentido da apreciação pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, do Projeto de autoria de S.Exa., que legaliza, no Bra... ... Não se pode confundir a defesa do direito à morte digna com a do direito à morte, ou seja, a defesa de métodos que apressem o fim do paciente. É o que ocorre no caso da eutanásia , que age sobre a morte no sentido de ...
	Inteiro teor - REQ 110/2009 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	16/12/2009 - ... Sendo eutanásia um conceito muito vasto, distinguem-se aqui os vários tipos e valores intrinsecamente associados: eutanásia, distanásia, ortotanásia , a própria morte e a dignidade humana. ... 16/12/2009 - Comissão de Legislação Participativa Requerimento n°, de 16 de dezembro de 2009 (do sr. dr. Talmir) requer a realização de seminário para discutir eutanásia . senhor presidente; nos termos do art. ...

	<p>Inteiro teor - REQ 251/2009 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos.</p>	<p>11/03/2009 - ... o objetivo de regulamentar a atuação médica nesses casos extremos, tramitam nesta Câmara dos Deputados cerca de 20 proposições sobre eutanásia, * E6F9B17136 * E6F9B171362 ortotanásia e distanásia. ... 11/03/2009 - Dr. Talmir) Requer a realização de Audiência Pública sobre eutanásia. Senhor Presidente: Requeiro, com fundamento no art. 255 do Regimento Interno, realização de audiência pública para debater o tema “eutanásia”. ...</p>
	<p>Inteiro teor - PL 6544/2009 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos.</p>	<p>02/12/2009 - ... manutenção da sua vida e de sua dignidade, bem como os cuidados paliativos necessários a ... Não é, contudo, aceitável a permissão da eutanásia. ... se, assim, preservar a dignidade do ser humano a uma morte digna e, se ...</p>
	<p>REQ 99/2009 (Requerimento) - Portal da Câmara. Ficha de tramitação. Seminário realizado em 04/12/2009</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Proposições.</p>	<p>Requer a realização de Seminário para discutir Eutanásia e Hospices - Centros de Cuidados Paliativos. 06/10/2009 - ... Autor Dr. Talmir - PV/SP. Apresentação 06/10/2009. Ementa Requer a realização de Seminário para discutir Eutanásia e Hospices - Centros de Cuidados Paliativos. Informações de Tramitação. Forma de Apreciação. ...</p>
	<p>Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 524, de 2009 - Pesquisas - Senado Federal</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos. Ficha de Tramitação</p>	<p>Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. 14/04/2015- ... Ascendente, obrigatoriedade, atestado, laudo médico, permissão, atendimento, alívio, paciente, terminal, utilização, método, desligamento, aparelhos, ortotanásia. ... OBS: a data da palavra-chave foi acrescentada em 2015.</p>

<p>Texto inicial (25/11/2009) - PLS 524/2009</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos.</p>	<p>25/11/2009 - ... outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores ... Em alguns casos, a eutanásia é praticada a pedido ou ... situação em que ela passa a ser considerada suicídio assistido. ...</p>
<p>Avulso inicial da matéria (25/11/2009) - PLS 524/2009</p>		<p>OBS: os textos estão separados devido as etapas de tramitação; porém, a diferença consiste na publicação oficial e não de conteúdo.</p>	<p>26/11/2009. Publicado no Senado Federal. OBS: Realizado e identificado apenas um <i>download</i>.</p>
<p>Inteiro teor - INC 5617/2009 - Portal da Câmara OBS: Indicação (INC)</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos.</p>	<p>22/10/2009 - ... cura. Nessa situação, torna-se imperiosa a oferta de cuidados paliativos, para assegurar as melhores condições possíveis tanto para os doentes quanto para suas famílias. O Prof. ...</p>
<p>Inteiro teor - REQ 101/2009 - Portal da Câmara. OBS: Requerimento (REQ)</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos.</p>	<p>13/10/2009 - ... nos termos regimentais, a inclusão do Sr. Aleksandro Clemente, advogado paulista, para participar do Seminário que discutirá Eutanásia e Hospícios - Centros de Cuidados Paliativos. ...</p>
<p>Para Discursar: Pronunciamento de Marco Maciel em 05/08/2009</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Análise da Terceira Encíclica lançada pelo Papa Bento XVI, intitulada <i>Caritas in veritate</i>, com a qual retoma as questões sociais.</p> <p>... humana é submetida ao cálculo da utilidade e da vantagem, com políticas de controle demográfico forçado sem deixar de recorrer à supressão direta de vidas humanas 'desinteressantes' mediante o aborto e a eutanásia ...</p>

	Pronunciamento de Paulo Paim em 12/02/2009	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Solidariza-se com a iniciativa do Senador Geraldo Mesquita de homenagear a Cruz Vermelha Brasileira. Recebimento de moção do PMN, fechando questão em relação aos projetos de S.Exa. que tratam da luta em favor dos aposentados.</p> <p>... que ela vai para o hospital. Então, o que se faz com os aposentados e pensionistas, considero, como médico, um processo de eutanásia disfarçado. Quer dizer, vão-se matando ...</p>
	Pronunciamento de Eduardo Suplicy em 16/11/2009	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Importância da decisão a ser proferida na próxima quarta-feira, pelo Supremo Tribunal Federal, sobre a extradição ou não do Sr. Cesare Battisti.</p> <p>... Brasil de limitar a prisão de Battisti aos 30 anos, que Battisti morreria na Itália pelas mãos de seus algozes e, portanto, que a declaração de greve de fome de Battisti é a evidência de que prefere uma morte digna por sua ...</p>
	Inteiro teor - PL 6715/2009 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	<p>23/12/2009 - ... o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. ... 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplica dos a paciente terminal, deixar de fazer uso de ...</p>
	REQ 110/2009 (Requerimento) - Portal da Câmara Ficha de Tramitação	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições	<p>Requer a realização de Seminário para discutir Eutanásia</p> <p>16/12/2009 - ... Apresentação 16/12/2009. Ementa Requer a realização de Seminário para discutir Eutanásia. Informações de Tramitação. ... Dr. Talmir, que "requer a realização de Seminário para</p>

				discutir Eutanásia " Inteiro teor. 16/12/2009, ...
	REQ 251/2009 (Requerimento) - Portal da Câmara Ficha de Tramitação	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições	Requer a realização de Audiência Pública sobre eutanásia. 11/03/2009 - ... Ementa Requer a realização de Audiência Pública sobre eutanásia . Informações de Tramitação. Forma de Apreciação. ... Dr. Talmir, que "requer a realização de Audiência Pública sobre eutanásia ." Inteiro teor. 25/03/2009, ...
	Relatório Legislativo (17/11/2009) - PLS 116/2000	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos.	17/11/2009 - ... Cabe também ressalvar que a ortotanásia distingue-se frontalmente da eutanásia , pois esta última se caracteriza pelo ... 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de ...
	PL 6715/2009 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara Origem: PLS 116/2000 OBS: apensados PL 3002/2008 (3), PL 5008/2009, PL 6544/2009, PL 352/2019	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições Ficha de Tramitação	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. 23/12/2009 - ... de Lei nº 6.715, de 2009, que "altera o Decreto- Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a Ortotanásia ". ... Relator defende garantia de cuidados paliativos ao paciente terminal. ...
	Texto final revisado (11/12/2009) - PLS 116/2000	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	11/12/2009 - ... o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplica dos a paciente terminal, deixar de fazer uso de ...

	Parecer (07/10/2009) - SCD 34/2005 OBS: Substitutivo (SCD)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	07/10/2009 - ... de saúde, capacitando-os e reciclando-os quanto a novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer da próstata. ...
	PL 5008/2009 (Projeto de Lei) – Portal da Câmara. Apresentação no dia 07/04/2009 Apensado ao PL 3002/2008 em 15/04/2009 e publicado no DCD em 23/04/2005	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições. (Ficha de Tramitação)	Proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente. 07/04/2009 - ... Notícias. 08/12/2010 Comissão aprova proposta que regulamenta a ortotanásia . Mais notícias. E- democracia. Discuta este assunto com os parlamentares. Informações Externas. LeXML ...
	PL 6544/2009 (Projeto de Lei) - Portal da Câmara Apensado ao PL 3002/2008	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Proposições. (Ficha de Tramitação)	Dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade. 02/12/2009 - ... Notícias. 08/12/2010 Comissão aprova proposta que regulamenta a ortotanásia . 25/03/2010 Entidades médicas e CNBB defendem cuidados com pacientes terminais. mais notícias. E-democracia. ...
	Diário do Congresso Nacional nº 1, de 03/02/2009 - Págs. 171 a 180 DCN 1/2009	Congresso Nacional	Diários	03/02/2009 - ... saúde, portanto, o objetivo prioritário é procurar estabelecer ações que envolvam a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento do câncer e a reabilitação e cuidados paliativos dos indivíduos. ...
	Parecer (18/11/2009) - PLS 79/2003			18/11/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe

	Parecer (18/11/2009) - PLS 101/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ... OBS: PLS nº 79, de 2003, nº 101, de 2005, e nº 103, de 2005 estão sendo apresentados em único texto. Dessa maneira, realizado 01 <i>download</i> .
	Parecer (18/11/2009) - PLS 103/2005			
	Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 79/2003			25/06/2009 - ... 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos , especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor. Parágrafo único. ...
	Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 101/2005	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	OBS: PLS nº 79, de 2003, nº 101, de 2005, e nº 103, de 2005 estão sendo apresentados em único texto. Dessa maneira, realizado 01 <i>download</i> .
	Relatório Legislativo (25/06/2009) - PLS 103/2005			
2010 Total: 03 (02 Pronunciamentos + 01 PL em inteiro teor)	Pronunciamento de Augusto Botelho em 15/04/2010	Senado Federal	Pronunciamentos	Registro do comparecimento de S.Exa. ao lançamento da sexta revisão do Código de Ética Médica, em Brasília. Enumeração dos principais destaques do novo Código. ... 2. O novo Código reforça o caráter antiético da distanásia , entendida como o ... Aparece aí o conceito de cuidado paliativo e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". ...
	Pronunciamento de Romeu Tuma em 17/02/2010	Senado Federal	Pronunciamentos	Leitura de artigo de autoria do Arcebispo de São Paulo, Dom Odilo Scherer, publicado no jornal O Estado de S.Paulo, no dia 13 do corrente, em que S.Exa. discorre sobre a questão dos direitos humanos. ... da prostituição como mercado rentável, até com a pretensão de fazê-la reconhecer como profissão, uma entre as

				tantas, enquanto é pura escravidão degradante; ou as propostas de aborto, eutanásia e eugenia, por ...
	Inteiro teor - PL 8013/2010 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	15/12/2010 - ... músculos da fala. Ainda não existe tratamento eficaz ou cura. Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de ...
2011 Total: 07 (1REQ + 01 Ficha de Tramitação + 02 Pronunciamentos + 03 PL).	Inteiro teor - REQ 14/2011 – Portal da Câmara OBS: Requerimento (REQ)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	07/07/2011 - ... Feliciano). Requer a realização de Audiência Pública para debater o Projeto de Lei nº 6.715, de 2009 que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a Ortotanásia
	REQ 14/2011 (Requerimento) - Portal da Câmara. Situação: Arquivada Ficha de Tramitação OBS: Acessório de PL 6715/2009 {não consta na figura, pois não apresenta as palavras-chave; apensados PL 3002/2008 (3), PL 5008/2009, PL 6544/2009, PL 352/2019}.	Câmara dos Deputados.	Projetos e Matérias – Proposições. OBS: 13/07/2011 Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) - 10:00 Reunião Deliberativa Ordinária: Aprovado o Requerimento.	Requer a realização de Audiência Pública para debater o Projeto de Lei nº 6.715, de 2009, que "altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a Ortotanásia". 07/07/2011 - ... Ementa Requer a realização de Audiência Pública para debater o Projeto de Lei nº 6.715, de 2009, que "altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a Ortotanásia ". ...
	Pronunciamento de Demóstenes Torres em 07/11/2011	Senado Federal	Pronunciamentos	Críticas ao Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e ao Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade); e outro assunto. (como Líder)

				... do paciente. O enunciado afirma que o correto seria unir os cuidados paliativos a uma proposta mais humanizada, não por obrigação, mas como ato de respeito e solidariedade. O ...
	Pronunciamento de Eduardo Amorim em 06/04/2011	Senado Federal	Pronunciamentos	Reflexão sobre a necessidade de promover-se a saúde dos cidadãos como ação essencial em prol da dignidade da pessoa humana; e outros assuntos. ... da Saúde, de 8 de dezembro de 2005, garante o atendimento integral a todos os pacientes com câncer, o que inclui ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos , em todos os ...
	Inteiro teor - PL 1317/2011 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados.	Projetos e Matérias – Documentos.	11/05/2011 - ... da Saúde promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as ...
	Inteiro teor - PL 479/2011 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados.	Projetos e Matérias – Documentos.	17/02/2011 - ... músculos da fala. Ainda não existe tratamento eficaz ou cura. Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de ...
	Inteiro teor - PL 1348/2011 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados.	Projetos e Matérias – Documentos.	16/05/2011 - ... aumentar a sobrevida em alguns meses. Por isso os cuidados paliativos são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. A esperança de vida varia de ...
2012 Total: 20 (09 Pronunciamentos + 02 Quadros Comparativos + 03	Pronunciamento de Magno Malta em 30/10/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	Elogio pela pesquisa DataSenado sobre a alteração do Código Penal. ... credibilidade, tratando da proposta de mudança do Código Penal, sobre aquilo que a imprensa coloca como temas

<p>Anexos + 02 Textos oficiais remetidos à sanção + 02 Pareceres +01 Medida Provisória + 01 avulso inicial de matéria)</p>				<p>polêmicos na mudança do Código Penal, ou seja, legalização de drogas, aborto, eutanásia, o debate da ...</p>
	<p>Pronunciamento de Marta Suplicy em 04/07/2012</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Reflexões sobre os avanços propostos, pela Comissão Especial de Juristas, no Anteprojeto do Novo Código Penal.</p> <p>... Mas se pronunciaram e se posicionaram sobre eutanásia, sobre aborto, consumo de drogas e homofobia. ... Sobre eutanásia nem se falava muito e sobre consumo de drogas, menos ainda. ...</p>
	<p>Quadro Comparativo (20/07/2012) - PLV 18/2012 OBS: Projeto de Lei de Conversão (PLV)</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Elaborado pelo Serviço de Redação da Secretaria Geral da Mesa do Senado Federal.</p>	<p>20/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Medida Provisória, a promoção da informação, a pesquisa, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...</p> <p>OBS: Lei nº 12.715 de 17/09/2012 gerada pelo MPV 563 e PLV 18 de 2012 constam na íntegra devido à presença das palavras-chave.</p>
<p>Pronunciamento de Tomás Correia em 09/11/2012</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Defesa de adiamento da apreciação do Projeto que reforma o Código Penal Brasileiro, de modo a oportunizar um debate nacional acurado sobre o tema; e outro assunto.</p> <p>... há uma série de temas polêmicos, como é o caso do aborto, da liberação da maconha, da eutanásia. ... Há diversos temas que são extremamente polêmicos, como é o caso do aborto, ortotanásia e drogas, temas esses que ...</p>	

	Pronunciamento de Ricardo Ferraço em 14/08/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Destaque à realização, hoje, da primeira reunião da comissão responsável pelo anteprojeto do novo Código Penal Brasileiro; e outros assuntos.</p> <p>... São temas como a maioria penal, como o aborto, como a descriminalização das drogas, eutanásia. Enfim, quaisquer desses temas têm de merecer de nós um posicionamento. ...</p>
	Pronunciamento de Pedro Taques em 27/06/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Defesa da universalização do poder de investigação criminal; e outro assunto.</p> <p>... Nós teremos debates aqui acalorados a respeito do abortamento, a respeito da eutanásia, a respeito da descriminalização do uso de substâncias entorpecentes. Temas que não podem ser retirados dos debates. ...</p>
	Pronunciamento de Casildo Maldaner em 27/06/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Comentários sobre a proposta de anteprojeto do novo Código Penal, entregue, hoje, pela Comissão Especial de Juristas; e outro assunto.</p> <p>... penal. Obviamente, as propostas estão repletas de assuntos polêmicos. Aborto, eutanásia, drogas, crimes eleitorais, entre outros, não deixaram de ser analisados pelos juristas. Não ...</p>
	Pronunciamento de Magno Malta em 14/08/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Homenagem aos quatro atletas capixabas que conquistaram medalhas nas olimpíadas de Londres; e outros assuntos.</p> <p>... Então, se detectou que uma criança tem síndrome de Down, está autorizado a tirar? Eu quero saber quem é o doido que vai autorizar. É eutanásia. Ninguém tem direito de dar fim à vida de ninguém. ...</p>

	Pronunciamento de Acir Gurgacz em 30/11/2012	Senado Federal	Pronunciamentos	Defesa de uma reforma urgente e criteriosa do atual código penal brasileiro; e outros assuntos. ... Questões como a descriminalização de algumas drogas, como a maconha, a liberação do aborto e a eutanásia não podem ser tratadas da forma como estão no projeto apresentado ao Congresso. ...
	Pronunciamento de Magno Malta em 30/10/2012 OBS: Segundo Pronunciamento no dia específico.	Senado Federal	Pronunciamentos	Considerações acerca das eleições municipais em Vila Velha e Vitória, no Estado do Espírito Santo; e outros assuntos. ... quem me trouxe para cá, fazendo enfrentamento a todas elas, agora que eu estou na Comissão do Código Civil Brasileiro, que traz propostas nefastas de legalização de droga, legalização de aborto, eutanásia e que ...
	Anexo (13/09/2012) - PLS 236/2012 OBS: Emendas, Senadora Maria do Carmo Alves.	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: o PLS 236/2012 constitui a reforma do código penal em andamento. Dessa maneira, consta a sua ficha de tramitação.	(NOVO CÓDIGO PENAL) 13/09/2012 - ... Daí tem resultado o aperfeiçoamento de projetos de lei que vêm sendo aprovados, tanto no Senado como na Câmara, afastando a prática da eutanásia e acolhendo e disciplinando os " cuidados paliativos " a seren1 ...
	Anexo (27/11/2012) - PLS 236/2012 OBS: Carta Aberta da Liderança Evangélica Brasileira ao Senado Federal.			(NOVO CÓDIGO PENAL) 27/11/2012 - ... Tememos que com a regulamentação da eutanásia as maiores vítimas no Brasil sejam os idosos pobres e desamparados. ... EUTANASIA e SUICÍDIO ASSISTIDO : recebam as mesmas penas que o homicídio; S8. ...

	Quadro Comparativo (20/07/2012) - PLV 18/2012	Senado Federal	Elaborado pelo Serviço de Redação da Secretaria Geral da Mesa do Senado Federal.	20/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Medida Provisória, a promoção da informação, a pesquisa, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ... OBS: Nesse quadro está sendo apresentado a MPV563/2012 e o texto aprovado pela Câmara dos Deputados (PLV). Dessa maneira, não se fez cópia; pois, o quadro mencionado acima possui os dados.
	Anexo (27/11/2012) - PLS 236/2012 OBS: Emendas, Senador Vital do Rego	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: o PLS 236/2012 constitui a reforma do código penal em andamento.	(NOVO CÓDIGO PENAL) 27/11/2012 - ... crimes cibernéticos. O Projeto propõe ainda a possibilidade de se legalizar a ortotanásia , caso o paciente queira, e proibir a eutanásia , com exceções, além de outras propostas. ...
	Texto oficial remetido à sanção (13/09/2012) - PLV 18/2012	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	13/09/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...
	Texto oficial remetido à sanção (13/08/2012) - PLV 18/2012	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	13/08/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...
	Parecer (18/07/2012) - PLV 18/2012.	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	18/07/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a

	OBS: Redação final ao PLV18 e MPV 563 (27_06_2012) com emendas aprovadas na CM.			pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...
	Parecer adotado pela Comissão, concluso na forma do PLV 18, de 2012. (29/06/2012) - MPV 563/2012	Congresso Nacional		29/06/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...
	Medida Provisória nº 563 de 03/04/2012 (Publicação Original)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	MP DO PLANO BRASIL MAIOR Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários devidas pelas empresas que especifica, institui o programa de incentivo a inovação tecnológica e adensamento da cadeia produtiva de veículos automotores, o ... 03/04/2012 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Medida Provisória, a promoção da informação, a pesquisa, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias ...
	Avulso inicial da matéria (19/06/2012) - AVN 13/2012 OBS: Tribunal de Contas da União, p. 208	Congresso Nacional	Projetos e Matérias - Documentos	19/06/2012 - Page 1. Page 2. Tribunal de Contas da União. Gabinete do Presidente pronunciamento do presidente contas do governo do exercício de 2011 senhores Ministros, Senhor Procurador-Geral, ... p. 208:Essa política envolve a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do câncer, bem como os cuidados

				paliativos , e organiza-se de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
2013 Total: 11 (01 INC + 01 REQ + 03 Pronunciamentos + 02 PL + 01 Ficha de Tramitação + 01 Decreto + 02 Notas taquigráficas.	Inteiro teor - INC 3591/2013 - Portal da Câmara OBS: Indicação (INC)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	04/03/2013 - ... Alexandre Padilha, solicitando que se auditem as atividades do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba tendo em vista subsidiar o inquérito sobre a possível prática de eutanásia na UTI do hospital. ...
	Inteiro teor - REQ 6897/2013 - Portal da Câmara OBS: Requerimento (REQ)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	04/03/2013 - Sandro Alex) Requer a criação de Comissão Externa para acompanhar as investigações sobre a suspeita da prática de eutanásia na UTI do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. ...
	Pronunciamento de Magno Malta em 10/10/2013 - Pronunciamentos - Senado Federal	Senado Federal	Pronunciamentos	Cobrança da instalação da CPI da Violação do Direito Humano à Saúde; e outro assunto. ... A Agência Brasil traz uma nota dizendo o seguinte: "Em discussão na Câmara, médico defende cuidados paliativos em lugar de eutanásia ." O Dr. Diaulas Ribeiro, traz o jornal: Mesmo sendo Promotor de Justiça que atua ...
Pronunciamento de Pedro Taques em 20/08/2013 - Pronunciamentos - Senado Federal	Senado Federal	Pronunciamentos	Comentários sobre relatório preliminar apresentado por S. Ex ^a ao projeto de lei do Senado que reforma o Código Penal; e outro assunto. ... Manutenção da eutanásia como crime de homicídio e manutenção da ortotanásia como conduta atípica. Isso restou estabelecido. Nós tivemos algumas modificações ao projeto apresentado pela Comissão de Juristas. ...	

	Pronunciamento de Eduardo Amorim em 26/02/2013 - Pronunciamentos - Senado Federal	Senado Federal	Pronunciamentos	Homenagem à Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) em comemoração aos seus 65 anos de existência. ... Rodrigues, em audiência no Ministério da Saúde, com o Secretário de Atenção à Saúde, Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior, para tratarmos de reivindicações ligadas à Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos
	Inteiro teor - PL 5022/2013 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	25/02/2013 - ... Câmara dos Deputados. Considerando o processo que investiga eutanásia no Hospital Evangélico de Curitiba, assim como tantos relatos de pacientes do SUS verifica-se a prática de desrespeito e agressividade de ...
	Inteiro teor - PL 6126/2013 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	20/08/2013 - ... procedimentos do SUS no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tratamento de tuberculose e hanseníase, abordagem de transtornos comportamentais, procedimentos em cuidados paliativos e em atenção ...
	REQ 6897/2013 (Requerimento de Constituição de Comissão Externa) - Portal da Câmara OBS: Ficha de Tramitação.	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Proposições	Requer a criação de Comissão Externa para acompanhar as investigações sobre a suspeita da prática de eutanásia na UTI do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. 04/03/2013 - ... Ementa Requer a criação de Comissão Externa para acompanhar as investigações sobre a suspeita da prática de eutanásia na UTI do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Informações de Tramitação. ...
	Decreto nº 7.988 de 17/04/2013	_____	Legislação Federal	Regulamenta os artigos 1 a 13 da lei 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio a Atenção Oncológica - PRONON e o Programa Nacional de Apoio a Atenção da

	(Publicação Original)			<p>Saúde da Pessoa com Deficiência - PRONA...</p> <p>17/04/2013 - ... A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções ...</p>
	Notas taquigráficas de 25/06/2013. (25/06/2013) - RQE 35/2013	Senado Federal OBS: adicionado a ficha de tramitação	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Requerimento da Comissão de Assuntos Econômicos (RQE)	25/06/2013 - ... Então, o que ele dizia? É preciso que, ao mesmo tempo, você pratique a eutanásia do rentista, ou seja, que você tenha controle sobre o crédito, sobre as condições do crédito, e, portanto, sobre a formação da poupança. ...
	Notas taquigráficas de 25/06/2013. (25/06/2013) - RQE 4/2013.	Senado Federal OBS: adicionado a ficha de tramitação	Projetos e Matérias - Documentos OBS: Requerimento da Comissão de Assuntos Econômicos (RQE)	25/06/2013 - ... Então, o que ele dizia? É preciso que, ao mesmo tempo, você pratique a eutanásia do rentista, ou seja, que você tenha controle sobre o crédito, sobre as condições do crédito, e, portanto, sobre a formação da poupança. ...
2014 Total: 06 (02 Pronunciamentos + 01 texto oficial remetido ao Senado Federal + 02 Supl. A - Vol. I - Tomo XI - Diário do Congresso Nacional nº 29, de 18/12/2014 + 01 Diário do Congresso Nacional nº 23, de 04/11/2014)	Pronunciamento de Ana Amélia em 03/11/2014 - Pronunciamentos - Senado Federal	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Sessão solene destinada a comemorar os 26 anos do Dia Nacional de Combate ao Câncer e da Saúde do Homem.</p> <p>... A matéria aprovada também determina a capacitação profissional de saúde quando houver novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, que também são ...</p>
	Pronunciamento de Paulo Paim em 25/04/2014	Senado Federal	Pronunciamentos	<p>Registro de estudo do diário inglês Financial Times que considera o Rio Grande do Sul o nono estado mais promissor em todo o continente sul-americano; e outros assuntos.</p> <p>... ampliação de oferta dos serviços não só na área do trabalho, mas também do fortalecimento de programas</p>

				como aquele de Saúde da Família, em vez de proposições de inclusão do conceito de “ morte digna ” no Estatuto ...
	Texto oficial remetido ao Senado Federal (15/07/2014) - PLC 75/2014 OBS: Nº na Câmara dos Deputados: PL 642/2007	Congresso Nacional	Projetos e Matérias - Documentos	15/07/2014 - ... responsável; VI - provocar aborto ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; ... OBS: Incluso a ficha de tramitação do PLC 75/2014
	Supl. A - Vol. I - Tomo XI - Diário do Congresso Nacional nº 29, de 18/12/2014 - Págs. 101 a 110 OBS: Repasse financeiro	Congresso Nacional	Diário OBS: SPL - Suplementar	SUP A AO DCN 29/2014 - Vol. I, Tomo XI 18/12/2014 - ... O segundo bloco do HCB terá 202 leitos (167 para internação clínica, cirúrgica, oncológica, cuidados paliativos e pós-transplantes; 20 para UTI; e 15 semi-intensiva), centro cirúrgico com quatro salas, centro de ...
	Supl. A - Vol. I - Tomo X - Diário do Congresso Nacional nº 29, de 18/12/2014 - Págs. 671 a 680 OBS: Repasse financeiro	Congresso Nacional	Diário	SUP A AO DCN 29/2014 - Vol. I, Tomo X 18/12/2014 - ... construção da nova estação da pediatria; construção da Unidade 2 do hospital que pretende reforçar as ações de prevenção com a concretização de um centro de imagem e também da Unidade de Cuidados Paliativos
	Diário do Congresso Nacional nº 23, de 04/11/2014 - Págs. complementares	Congresso Nacional	Diário	DCN 23/2014 04/11/2014 - ... A matéria aprovada também determina a capacitação profissional de saúde quando houver novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos , que também são ...

<p>2015 Total: 15 (02 REQ + 04 Pronunciamentos + 02 PL + 01 INC + 01 EMC + 01 DCN + 01 Avulso inicial da matéria + 01 texto inicial + 01 Acórdão TCU)</p>	<p>Inteiro teor - REQ 1381/2015 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos</p>	<p>09/04/2015 - ... da Política Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde e a desenvolvida por entidades particulares na Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos em todo o Território ...</p>
	<p>Pronunciamento de Ronaldo Caiado em 17/03/2015 Pronunciamentos - Senado Federal</p>	<p>Congresso Nacional</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Sessão solene destinada à promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015, que altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a programação orçamentária que especifica.</p> <p>... A médica Virgínia Helena foi indiciada e presa por praticar eutanásia em pacientes internados em estado grave na UTI de um hospital de Curitiba. Testemunhas dizem que era “seletiva” - entre aspas. ...</p>
	<p>Inteiro teor - PL 2654/2015 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos</p>	<p>18/08/2015 - ... e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno, redução de incapacidade e cuidados paliativos”. ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 127/2015 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Documentos</p>	<p>24/06/2015 - ... Hoje ali a discussão mudou de foco e o grande debate nestes países é pela eutanásia. ... O aborto e a eutanásia são somente o aspecto mais facilmente visível daquilo que veio a ser chamado de Cultura da Morte. ...</p>
	<p>Pronunciamento de Eduardo Amorim em 08/12/2015 Pronunciamentos - Senado Federal</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Preocupação com o aumento dos casos de microcefalia e de síndrome de Guillain-Barré no País.</p> <p>... Sr. Presidente, não há tratamento, apenas prevenção. A microcefalia não tem tratamento, apenas prevenção e, depois, cuidados paliativos. Em verdade, Sr. Presidente,</p>

				estamos vivendo um quadro bastante complexo. ...
Pronunciamento de Magno Malta em 24/03/2015	Senado Federal	Pronunciamentos		<p>Critica a novela Babilônia da Rede Globo de Televisão.</p> <p>... Aborto, pena de morte, eutanásia: Cenas, diálogos e contextos, envolvendo as temáticas deste item. [E a informação é a de que amanhã haverá uma cena de aborto! Está na lei, Sr. Presidente.] ...</p>
Pronunciamento de Hélio José em 05/08/2015	Senado Federal	Pronunciamentos		<p>Sessão especial destinada a comemorar o cinquentenário das atividades da TV Globo.</p> <p>... Divórcio, eutanásia, consumo de drogas, direitos dos homossexuais, todas essas questões já foram levantadas e discutidas por personagens em suas novelas e séries, fazendo com que o próprio País também debatesse ...</p>
Inteiro teor - PL 1089/2015 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos		09/04/2015 - ... minoritária da sociedade brasileira de silenciar as opiniões emitidas por líderes religiosos, criminalizando discursos eventualmente por eles proferidos a respeito da sexualidade, aborto, eutanásia , prostituição dentre ...
Inteiro teor - REQ 33/2015 - Portal da Câmara. OBS: Requerimento (REQ)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos		26/08/2015 - ... Saúde. A doença não tem cura, mas cuidados paliativos podem ser tomados para tentar impedir seu avanço e também para tornar mais confortável o dia-a-dia dos portadores. O ...
Inteiro teor - INC 1442/2015 - Portal da Câmara. OBS: Indicação (INC)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos		10/11/2015 - ... Vários depoimentos acerca de seu potencial terapêutico contra o desenvolvimento de cânceres e nos cuidados paliativos foram reproduzidos pela mídia e suscitaram o interesse social sobre a promissora substância. ...

	<p>Inteiro teor - EMC 1/2015 - Portal da Câmara.</p> <p>OBS: Emendas (EMC) - páginas 30, 192, 743, 904, 917, 1520. Os documentos estão separados pela página – dessa maneira 06 arquivos.</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	10/07/2015 - ... No interior do estado, hospitais de pequeno porte disponibilizarão leitos e equipes multiprofissionais para realizar acolhimento e acompanhamento dos pacientes que necessitem de cuidados paliativos
	<p>Diário do Congresso Nacional nº 7, de 18/03/2015 - Págs. complementares</p>	Congresso Nacional	Diários	<p>DCN 7/2015</p> <p>18/03/2015 - ... do País. A médica Virgínia Helena foi indiciada e presa por praticar eutanásia em pacientes internados em estado grave na UTI de um hospital de Curitiba. Testemunhas dizem ...</p>
	<p>Avulso inicial da matéria (19/10/2015) - PLS 688/2015</p> <p>OBS: Ficha de tramitação, incluso. Nº na Câmara dos Deputados: PL 5460/2016</p>	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	<p>19/10/2015 - ... balão proporciona melhora imediata dos sintomas, da hemodinâmica e da função ventricular esquerda de paciente com estenose aórtica grave, mas é considerada como uma abordagem paliativa, especialmente para ...</p> <p>OBS: PL 177/2020 (Emenda-CD)</p>
	<p>Texto inicial (19/10/2015) - PLS 688/2015</p>	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	<p>19/10/2015 - ... balão proporciona melhora imediata dos sintomas, da hemodinâmica e da função ventricular esquerda de paciente com estenose aórtica grave, mas é considerada como uma abordagem paliativa, especialmente para ...</p>
	<p>Acórdão TCU (16/09/2015) - RAS 16/2014</p> <p>OBS: Incluso a ficha de tramitação Requerimento</p>	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	<p>16/09/2015 - Page 1. Tribunal de Contas da União TC 003.613/2015-1 1 ACÓRDÃO Nº 2149/2015 – TCU – Plenário 1. Processo nº TC 003.613/2015-1. 2. Grupo II – Classe de Assunto ...</p>

	da Comissão de Assuntos Sociais: interliga aos cuidados paliativos.			OBS: As palavras relacionadas "cuidados paliativos"
2016 Total: 08 {02 PL + 01 Pronunciamento + 01 REQ + 01 PLC 75/2014 X Emenda nº 1 - CAE (Substitutivo) – Quadro Comparativo + 01 Anexo I da Manifestação da Sra. Presidente da República (autuada como DOC 006) em 29/04/2016 - DEN 1/2016 + 01 Volume 32 (19/04/2016) - DEN 1/2016 + 01 Avulso inicial da matéria (07/04/2016) - MSF 35/2016}.	Inteiro teor - PL 6067/2016 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	30/08/2016 - ... fase terminal, com o direito a uma morte digna . Tal previsão fundamentaria o direito à assistência integral ao indivíduo até o momento de seu óbito, inclusive com a concessão de todos os cuidados paliativos disponíveis. ...
	Inteiro teor - PL 5559/2016 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	14/06/2016 - ... após ter sido informado, de forma clara, acessível e detalhada, sobre todos os aspectos relevantes sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamento e cuidados em saúde; V – cuidados paliativos : assistência integral à ...
	Pronunciamento de Ivo Cassol em 07/03/2016	Senado Federal	Pronunciamentos	Apreensão com as manifestações marcadas para o dia 13 de março, e defesa da realização de manifestações pacíficas. Solicitação de alteração da data da manifestação em defesa da liberação da fosfoetanolamina sintética, e defesa da edição há vários relatos de paciente!" Não conheço relato de nenhum paciente; conheço depoimento de paciente que estava com câncer, tratou-se ou curou-se, ou melhorou, e, pelo menos, teve uma morte digna , porque, com ...
	Inteiro teor - REQ 403/2016 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	31/08/2016 - ... a pesquisa e o desenvolvimento de novos medicamentos é um tema de alta relevância, pois estão relacionados intimamente com a esperança de viver, ou, ao menos, de obter cuidados paliativos , que proporcionem ...

	PLC 75/2014 X Emenda nº 1 - CAE (Substitutivo) (19/05/2016) - PLC 75/2014	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	19/05/2016 - ... V – cooperar com a prática do aborto ou prática destinada a antecipar a morte do cliente; VII – promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente; Page 3. ...
	Anexo I da Manifestação da Sra. Presidente da República (autuada como DOC 006) (29/04/2016) - DEN 1/2016 OBS: Denúncia (DEN)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: Documentos Gerais - Quadro explicativo do art. 4º da LOA 2015. Voto de Deputado (voto de abertura do processo de impeachment na Câmara dos Deputados)	29/04/2016 - Page 1. Documentos Gerais Quadro explicativo do art. 4º da I.LOA 2015 Page 2. Dispositivos do artigo 4º da lei Orçamentária Anual ---- - LOA 2015 Razões -- :-- f--- Art. ... Voto de Deputado, p.230 -231: Quando migrei para o PHS, ao sair do PROS, eu tinha, é claro, as minhas convicções, mas o partido, por unanimidade, assumiu posição intransigente contra o aborto, contra a eutanásia , contra o infanticídio, contra a ideologia de gênero. O partido e os Srs. Deputados fecham questão em torno desses temas que são caros para nós que somos cristãos...
	Volume 32 (19/04/2016) - DEN 1/2016 OBS: Denúncia (DEN)	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	19/04/2016 - Page 1. Câmara dos Deputados Secretaria Geral da mesa - denúncia por crime de responsabilidade nº 112015 volume 32 – autuação... Aos dezoito dias do ... OBS: voto do deputado na Câmara dos Deputados. Realizado apenas um download, pois é referente ao DEN 1/2016.
	Avulso inicial da matéria (07/04/2016) - MSF 35/2016 OBS: Mensagem (MSF)	Senado Federal	Projetos e Matérias - Documentos	07/04/2016 - ... do soberano a prerrogativa de vetar legislação adotada pelo Parlamento (após o Grão-Duque vetar, em 2008, projeto de lei que estabelecia a eutanásia , utilizando-se de argumentos religiosos). ... OBS: Indicação de chefe de missão diplomática pela presidência na Bélgica.

<p>2017 Total: 19 (03 REQ + 01 MSC + 03 Ficha de Tramitação + 01 Pronunciamento + 01 INC + 06 Supl. + 01 PLS + 01 P.S + 01 Voto em Separado + 01 Relatório Legislativo)</p>	<p>Inteiro teor - REQ 577/2017 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>04/07/2017 - ... com miopatia mitocondrial, uma doença extremamente rara e grave, Charlie Gard conta apenas com cuidados paliativos e tratamentos ... O que querem o hospital e o tribunal é a eutanásia, que é a ação com objetivo de ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 122/2017 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>04/07/2017 - ... com miopatia mitocondrial, uma doença extremamente rara e grave, Charlie Gard conta apenas com cuidados paliativos e tratamentos ... O que querem o hospital e o tribunal é a eutanásia, que é a ação com objetivo de ...</p>
	<p>Inteiro teor - REQ 209/2017 - Portal da Câmara</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>13/07/2017 - ... à Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), por ter aprovado a realização da eutanásia do bebê ... para deixar de aplicar ao bebê a respiração artificial e os cuidados paliativos, dando a Charlie uma "morte digna". ...</p>
	<p>Inteiro teor - MSC 412/2017 - Portal da Câmara OBS: Mensagem (MSC) ao Congresso Nacional</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias - Documentos</p>	<p>25/10/2017 - ... "Cuidados paliativos": A atenção e o cuidado ativo, integral e ... j) Promover e fortalecer a pesquisa e a formação acadêmica profissional e técnica especializada em geriatria, gerontologia e cuidados paliativos. ...</p>
	<p>REQ 209/2017 (Requerimento) - Portal da Câmara OBS: Ficha de Tramitação</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Proposições OBS: Retirado de pauta na Reunião Deliberativa Ordinária em 09/08/2017.</p>	<p>Requer aprovação de Moção de Repúdio à Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), por ter aprovado a eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres. 13/07/2017 - ... Apresentação 13/07/2017. Ementa Requer aprovação de Moção de Repúdio à Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), por ter aprovado a eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres. Informações de Tramitação. ...</p>

<p>REQ 122/2017 (Requerimento) - Portal da Câmara OBS: Ficha de Tramitação</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Proposições. OBS: Aprovado na Reunião Deliberativa Ordinária em 12/07/2017 – Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CPD).</p>	<p>Requer aprovação de Moção de Repúdio aos esforços empreendidos pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos na aprovação da eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres, contra a vontade dos pais. 04/07/2017 - ... Ementa Requer aprovação de Moção de Repúdio aos esforços empreendidos pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos na aprovação da eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres, contra a vontade dos pais. ...</p>
<p>REQ 577/2017 (Requerimento) - Portal da Câmara OBS: Ficha de Tramitação</p>	<p>Câmara dos Deputados</p>	<p>Projetos e Matérias – Proposições. OBS: Aprovado na Reunião Deliberativa Extraordinária em 11/07/2017 – Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).</p>	<p>Requer aprovação de Moção de Repúdio aos esforços empreendidos pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos na aprovação da eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres, contra a vontade dos pais. 04/07/2017 - ... Ementa Requer aprovação de Moção de Repúdio aos esforços empreendidos pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos na aprovação da eutanásia do bebê Charlie Gard, em Londres, contra a vontade dos pais. ...</p>
<p>Pronunciamento de Antonio Anastasia em 06/11/2017</p>	<p>Senado Federal</p>	<p>Pronunciamentos</p>	<p>Encerramento da Sessão Especial destinada a celebrar o Centenário de criação da Associação Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional. ... Então, a Sr^a Fatima Depieri que preside a AtoHosp (Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos), que deve ser a associação de</p>

				Terapia Ocupacional e hospitalar. ...
	Inteiro teor - INC 3906/2017 - Portal da Câmara. OBS: Indicação (INC).	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	17/08/2017 - ... É de conhecimento que as unidades assistenciais do Instituto Nacional de Câncer oferecem serviços de confirmação de diagnóstico, estadiamento, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos , com atendimento ...
	Supl. - Vol. III - Diário do Congresso Nacional nº 42, de 30/11/2017 - Págs. 581 a 590	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 42/2017 - Vol. III 30/11/2017 - ... as manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos
	Supl. - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 37, de 26/10/2017 - Págs. 8291 a 8300	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 37/2017 - Vol. I 26/10/2017 - ... as manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos
	PLS 514/2017 OBS: Projeto de Lei do Senado (PLS). Incluso, a Ficha de Tramitação (Em andamento).	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	19/12/2017 - ... Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.73 n.4 São Paulo, apr. 2015. 3 Laura Bonfá; Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre; Núbia Verçosa de Figueiredo - Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos . Rev. Bras. ...
	P.S 49/2017 – CDH OBS: Parecer (P.S)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	19/12/2017 - ... Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.73 n.4 São Paulo, apr. 2015. 3 Laura Bonfá; Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre; Núbia Verçosa de Figueiredo - Uso de

	Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH)		OBS: matéria relacionada PLS 514/2017	canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos . Rev. Bras. ... OBS: Na 105ª Reunião, extraordinária, realizada em 14/12, a Comissão rejeita o Relatório do Senador Sérgio Petecão, pela rejeição da sugestão, e aprova o voto em separado apresentado pela Senadora Marta Suplicy, que passa a constituir o Parecer da CDH, favorável à Sugestão, na forma do Projeto de Lei do Senado que apresenta. P.S 49/2017 - CDH
	Voto em Separado (13/12/2017) - SUG 25/2017	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	13/12/2017 - ... Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.73 n.4 São Paulo, apr. 2015. 3 Laura Bonfá; Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre; Núbia Verçosa de Figueiredo - Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos . Rev. Bras. ...
	Supl. - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 37, de 26/10/2017 - Págs. 2131 a 2140	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 37/2017 - Vol. I 26/10/2017 - ... dias. A Unidade possui um ambulatório exclusivo para pacientes em cuidados paliativos e controle da dor, com capacidade para o atendimento médio de 750 pacientes/mês. Ainda ...
	Supl. - Diário do Congresso Nacional nº 32, de 21/09/2017 - Págs. 2101 a 2110	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 32/2017 21/09/2017 - ... Construção do prédio do Anexo III, para ampliar das instalações dos serviços de Oncologia, Hematologia, Radioterapia, Cuidados Paliativos , Unidade de Recursos Biológicos e novas áreas de pesquisa. ...
	Supl. - Diário do Congresso Nacional nº 32, de 21/09/2017 -	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 32/2017 21/09/2017 - ... Também ficam fortalecidas as ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados

	Págs. 2351 a 2360			paliativos desenvolvidas com o objetivo de consolidar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do ...
	Relatório Legislativo (27/04/2017) - PLS 403/2016 OBS: Nº na Câmara dos Deputados: PL 10283/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: adicionado o PLS 403/2016 e a Ficha de Tramitação.	27/04/2017 - ... maligna, seu estágio, localização, existência de comorbidades ou fragilidade da saúde do paciente, podendo abranger a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, cuidados paliativos etc. ... OBS: Ver também: PL 6551/2019 (Substitutivo-CD)
	Supl. B - Diário do Congresso Nacional nº 9, de 06/04/2017 - Págs. 231 a 240	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 9/2017 06/04/2017 - ... As cinco unidades assistenciais do Inca oferecem serviços de confirmação de diagnóstico, estadiamento do câncer, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos , com atendimento multiprofissional integrado, garantidos ...
2018 Total: 15 (05 avulso inicial da matéria + 02 PLS + 02 Relatório Legislativo + 01 PL + 01 REQ + 02 Supl. + 01 Volume + 01 P.S)	Avulso inicial da matéria (29/05/2018) - PLS 267/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Adicionado a Ficha de Tramitação.	29/05/2018 - ... III – utilizar a abordagem dos cuidados paliativos em todos os pacientes em fim de ... como aquela em que a vida não seja abreviada (eutanásia/suicídio assistido) nem prolongada desnecessariamente (distanásia). ...
	PLS 149/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Adicionado a Ficha de Tramitação.	03/04/2018 - ... IV – cuidados paliativos : procedimentos indispensáveis para promover a qualidade de vida e a dignidade do paciente ... Ademais, o Código de Ética Médica autoriza a prática da ortotanásia e, além de recomendar ao ...
	Avulso inicial da matéria (03/04/2018) - PLS 149/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	03/04/2018 - ... IV – cuidados paliativos : procedimentos indispensáveis para promover a qualidade de vida e a dignidade do paciente ... Ademais, o Código de Ética Médica autoriza

				a prática da ortotanásia e, além de recomendar ao ...
	Relatório Legislativo (10/10/2018) - PLS 149/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	10/10/2018 - ... terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde”; “cuidados paliativos” ; e “procedimentos ... ordem jurídica brasileira – e os cuidados básicos indispensáveis para garantir uma morte digna ao paciente ...
	Inteiro teor - PL 9653/2018 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	28/02/2018 - ... Entrevista à Revista Saúde Plena, a Psicóloga clínica e hospitalar com formação em luto pelo Instituto 4 Estações, em São Paulo, e membro da Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais (SOTAMIG ...
	Inteiro teor - REQ 8066/2018 - Portal da Câmara. Requerimento (REQ)	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos	09/02/2018 - ... Além disso, cerca de 95% dessas doenças não possuem tratamento específico e dependem de uma rede de cuidados paliativos bem estruturada, que assegure melhor qualidade de vida aos pacientes atendidos. ...
	Relatório Legislativo (05/07/2018) - PLS 7/2018	Câmara dos Deputados e Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Adicionado a Ficha de Tramitação.	05/07/2018 - ... informação de o tratamento ser experimental, se for o caso; liberdade de consulta a outros profissionais para opinião diversa; confidencialidade das informações de seu estado de saúde; cuidados paliativos para alívio de ...
	Avulso inicial da matéria (05/02/2018) - PLS 7/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	05/02/2018 - ... VIII – direito à confidencialidade das informações referentes ao seu estado de saúde; IX – acesso a cuidados paliativos adequados ao alívio do sofrimento e de sintomas físicos e psíquicos decorrentes de doenças ou ...
	PLS 7/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos	05/02/2018 - ... VIII – direito à confidencialidade das informações referentes ao seu estado de saúde; IX – acesso a cuidados paliativos adequados ao alívio

				do sofrimento e de sintomas físicos e psíquicos decorrentes de doenças ou ...
Supl. - Diário do Congresso Nacional nº 33, de 20/09/2018 - Págs. 2381 a 2390	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 33/2018 20/09/2018 - ... Construção do prédio do Anexo III, para ampliar das instalações dos serviços de Oncologia, Hematologia, Radioterapia, Cuidados Paliativos , Unidade de Recursos Biológicos e novas áreas de pesquisa. ...	
Supl. - Diário do Congresso Nacional nº 33, de 20/09/2018 - Págs. 2641 a 2650	Congresso Nacional	Diários	SUP AO DCN 33/2018 20/09/2018 - ... Também ficam fortalecidas as ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos desenvolvidas com o objetivo de consolidar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do ...	
Volume 35 (26/06/2018) - DEN 1/2016	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Efetuado <i>download</i> do documento, anteriormente, em 2016.	26/06/2018 - Page 1. \ Senado Federal Secretaria Geral da Mesa Secretaria de Comissões Coordenação de Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito TERMO DE ABERTURA DO VOLUME XXXV ... Pág 82: Quando migrei para o PHS, ao sair do PROS, eu tinha, é claro, as minhas convicções, mas o partido, por unanimidade, assumiu posição intransigente contra o aborto, contra a eutanásia , contra o infanticídio, contra a ideologia de gênero. O partido e os Srs. Deputados fecham questão em tomo desses temas que são caros para nós que somos cristãos.	
Avulso inicial da matéria (24/05/2018) - OFS 19/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: Adicionado a Ficha de	24/05/2018 - ... 01 02 03 04 05 Implantar curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos Implantar curso de Tecnólogo em Gestão Hospitalar Reeditar curso de Especialização em Saúde do Idoso ...	

	OBS: Ofício (OFS)		Tramitação do Ofício (OFS).	
	Avulso inicial da matéria (14/05/2018) - OFS 19/2018	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos.	14/05/2018 - ... 01 02 03 04 05 Implantar curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos . Implantar curso de Tecnólogo em Gestão Hospitalar Reeditar curso de Especialização em Saúde do Idoso ...
	P.S 34/2018 – CDH OBS: Parecer (P.S) – análise legislativa; Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: Adicionado Texto final revisado - Projeto de Lei nº 403_2016 em 15_05_2018	27/04/2018 - ... maligna, seu estágio, localização, existência de comorbidades ou fragilidade da saúde do paciente, podendo abranger a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, cuidados paliativos etc. ...
2019 Total: 39 (05 PL + 04 REL + 22 Supl + 01 Pronunciamento + 02 EMO + 03 REQ + 01 Diário + 01 EMENDA)	Inteiro teor - PL 352/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	04/02/2019 - ... adequadas que lhe permita decidir com clareza a respeito do que afeta a sua saúde, de não se submeter a determinados processos em função de suas convicções e valores pessoais; II – cuidados paliativos : o conjunto ...
	Inteiro teor - REL 2/2019 - Portal da Câmara OBS: Relatório para a criação de uma Comissão Permanente de Saúde.	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	07/11/2019 - ... Alguns países desenvolvidos incorporaram Cuidados Paliativos às suas Políticas de Saúde, promovendo educação, implantação e integração do Cuidado Paliativo à rede de assistência. ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 -	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... São também ofertados através de atendimento ambulatorial, semanal e também através das visitas domiciliares os Cuidados Paliativos . A

	Págs. 3411 a 3420			Associação Presente iniciou em maio de ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 3681 a 3690	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... Especificamente na ala lateral direita do complexo, no Corredor de Interesse da Saúde, encontram-se em atividades a Unidade de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina e os Serviços do SAME e Contas ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 - Págs. 3681 a 3690	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... Especificamente na ala lateral direita do complexo, no Corredor de Interesse da Saúde, encontram-se em atividades a Unidade de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina e os Serviços do SAME e Contas ...
	Supl. B - Vol. II - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 3745 a 3754	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 39/2019 - Vol. II 31/10/2019 - ... Especificamente na ala lateral direita do complexo, no Corredor de Interesse da Saúde, encontram-se em atividades a Unidade de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina e os Serviços do SAME e Contas ...
	Pronunciamento de ALEXANDRE CALDINI em 29/08/2019	Senado Federal	Pronunciamentos	Sessão Especial destinada a homenagear o Dr. Adolfo Bezerra de Menezes Cavalcante. ... (Soa a campanha.). O SR. ALEXANDRE CALDINI – Por que gente pratica o aborto? Por que a gente pratica o suicídio? Por que a gente quer se livrar daquela pessoa incômoda via eutanásia ? São temas atualíssimos. ...
	Inteiro teor - EMO 2/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: Comissão Mista de Planos,	15/10/2019 - ... a nutrição, prevenção de doenças crônicas, entre outras), na perspectiva do processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos

	OBS: Emenda ao Orçamento (EMO). Espelho - Emenda de Inclusão de Despesa		Orçamentos Públicos e Fiscalização	para evitar cuidados paliativos ; Mobilidade física ...
	Inteiro teor - PL 885/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	19/02/2019 - ... minoritária da sociedade brasileira de silenciar as opiniões emitidas por líderes religiosos, criminalizando discursos eventualmente por eles proferidos a respeito da sexualidade, aborto, eutanásia , prostituição dentre ...
	Inteiro teor - EMO 21/2019 - Portal da Câmara OBS: Emenda ao Orçamento (EMO). Espelho - Emenda de Inclusão de Despesa	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos. OBS: Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização	21/10/2019 - ... a nutrição, prevenção de doenças crônicas, entre outras), na perspectiva do processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos ; Mobilidade física ...
	Inteiro teor - REQ 5/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	19/03/2019 - ... O desafio torna-se ainda maior considerando que 95% dessas doenças não possuem tratamento específico e dependem de uma rede de cuidados paliativos bem estruturada, que assegure uma melhor qualidade de vida ...
	Inteiro teor - PL 1111/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	25/02/2019 - ... dos pacientes em suas atividades cotidianas, auxiliando em diversas ações, como, por exemplo, na recuperação funcional de pessoas idosas, na adaptação domiciliar, nos cuidados paliativos , bem como na realização ...
	Inteiro teor - REQ 2/2019 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	13/03/2019 - ... objetivo é reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doenças raras por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento multiprofissional, cuidados paliativos e acesso ...

	<p>Inteiro teor - REL 1/2019 - Portal da Câmara</p> <p>OBS: Relatório anual da Subcomissão de Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família (Final).</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	19/11/2019 - ... Alguns países desenvolvidos incorporaram Cuidados Paliativos às suas Políticas de Saúde, promovendo educação, implantação e integração do Cuidado Paliativo à rede de assistência. ...
	<p>Inteiro teor - PL 1605/2019 - Portal da Câmara</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	20/03/2019 - ... internação domiciliares. §2º O atendimento integral deverá garantir, ainda, tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos . Art. 14. A conscientização ...
	<p>Inteiro teor - REL 2/2019 - Portal da Câmara</p> <p>OBS: Relatório anual da Subcomissão de Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	19/11/2019 - ... Alguns países desenvolvidos incorporaram Cuidados Paliativos às suas Políticas de Saúde, promovendo educação, implantação e integração do Cuidado Paliativo à rede de assistência. ...
	<p>Inteiro teor - PL 2893/2019 - Portal da Câmara</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	15/05/2019 - ... 2008, n. 28, p. 32. 4 Cf. WALDMAN, Steven, CARROL, Ginny. Roe v. Roe. Newsweek, Nova York, 21 Aug. 1995, p. 24. 5 DWORKIN, Ronald. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. ...
	<p>Inteiro teor - REL 1/2019 - Portal da Câmara</p>	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias – Documentos.	05/11/2019 - ... Alguns países desenvolvidos incorporaram Cuidados Paliativos às suas Políticas de Saúde, promovendo educação, implantação e integração do Cuidado Paliativo à rede de assistência. ...
	<p>Diário do Congresso Nacional nº 45,</p>	Congresso Nacional	Diários	DCN 45/2019 12/12/2019 - ... 44 qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de

	de 12/12/2019 - Págs. 531 a 540			promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos . A auditoria do TCU revelou ...
	Supl. A - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 311 a 320	Congresso Nacional	Diários	SUP A AO DCN 39/2019 31/10/2019 - ... Após concluso o Hospital da Família - HFAM irá funcionar com atendimentos na área materno-infantil, com leitos de retaguarda, alas para os idosos e cuidados paliativos , apoio a pacientes desenganados que precisam ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 - Págs. 6661 a 6670	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... disseminar informações, conhecimentos, mediante palestras, debates e campanhas, enfocando o processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 - Págs. 3691 a 3700	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FAT/URCAMP, se propõem a enfrentar o desafio de fortalecer o SUS e abrir as portas para o UNIDADE/LEITOS PARA INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E PROLONGADOS A ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 - Págs. 1401 a 1410	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... 9 TOTAL: 1.400.000 JUSTIFICATIVA O objetivo desta emenda visa à ação que será destinada para prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos em prioridade com os pacientes ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 -	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... 6 2 600.00099000001729 9 TOTAL: 600.000 JUSTIFICATIVA O objetivo desta emenda visa à

	Págs. 1411 a 1420			ação que será destinada para prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos em para ...
	Supl. D - Diário do Congresso Nacional nº 46, de 19/12/2019 - Págs. 3081 a 3090	Congresso Nacional	Diários	SUP D AO DCN 46/2019 19/12/2019 - ... a nutrição, prevenção de doenças crônicas, entre outras), na perspectiva do processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos ; Mobilidade física ...
	Supl. B - Vol. II - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 3155 a 3164	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 39/2019 - Vol. II 31/10/2019 - ... a nutrição, prevenção de doenças crônicas, entre outras), na perspectiva do processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos ; Mobilidade física ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 1401 a 1410	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... 9 TOTAL: 1.400.000 JUSTIFICATIVA O objetivo desta emenda visa à ação que será destinada para prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos em prioridade com os pacientes ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 3401 a 3410	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... São também ofertados através de atendimento ambulatorial, semanal e também através das visitas domiciliares os Cuidados Paliativos . A Associação Presente iniciou em maio de ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

	Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 3691 a 3700			FAT/URCAMP, se propõem a enfrentar o desafio de fortalecer o SUS e abrir as portas para o UNIDADE/LEITOS PARA INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E PROLONGADOS A ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 6661 a 6670	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... disseminar informações, conhecimentos, mediante palestras, debates e campanhas, enfocando o processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 1411 a 1420	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... 6 2 600.00099000001729 9 TOTAL: 600.000 JUSTIFICATIVA O objetivo desta emenda visa à ação que será destinada para prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos em para ...
	Supl. C - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 44, de 05/12/2019 - Págs. 3081 a 3090	Congresso Nacional	Diários	SUP C AO DCN 44/2019 - Vol. I 05/12/2019 - ... a nutrição, prevenção de doenças crônicas, entre outras), na perspectiva do processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos ; Mobilidade física ...
	Supl. B - Vol. I - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 1431 a 1440	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 39/2019 - Vol. I 31/10/2019 - ... 9 TOTAL: 1.400.000 JUSTIFICATIVA O objetivo desta emenda visa à ação que será destinada para prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos em prioridade com os pacientes ...

	EMENDA 58 - MPV 890/2019 OBS: Adicionado a ficha de Tramitação da Medida Provisória (MPV) 890/2019	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos.	07/08/2019 - ... c) a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada ...
	Supl. B - Vol. II - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 3755 a 3764	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 39/2019 - Vol. II 31/10/2019 - ... O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FAT/URCAMP, se propõem a enfrentar o desafio de fortalecer o SUS e abrir as portas para o UNIDADE/LEITOS PARA INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E PROLONGADOS A ...
	Supl. B - Vol. III - Diário do Congresso Nacional nº 39, de 31/10/2019 - Págs. 6778 a 6787	Congresso Nacional	Diários	SUP B AO DCN 39/2019 - Vol. III 31/10/2019 - ... disseminar informações, conhecimentos, mediante palestras, debates e campanhas, enfocando o processo de envelhecimento, com ênfase na prevenção, como instrumentos alternativos para evitar cuidados paliativos
	Supl. ÚNICO - Diário do Congresso Nacional nº 33, de 19/09/2019 - Págs. 231 a 240	Congresso Nacional	Diários	SUP ÚNICO AO DCN 33/2019 19/09/2019 - ... de produção assistencial do INCA (consultas médicas, consultas multiprofissionais, atendimentos de quimioterapia, sessões de radioterapia, cirurgias e visitas domiciliares para cuidados paliativos) e contempla o número ...
	Supl. ÚNICO - Diário do Congresso Nacional nº 33, de 19/09/2019 -	Congresso Nacional	Diários	SUP ÚNICO AO DCN 33/2019 19/09/2019 - ... Também ficam fortalecidas as ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos desenvolvidas com o objetivo de consolidar a Política

	Págs. 2801 a 2810			Nacional para a Prevenção e Controle do ...
	REQ 113/2019 – CAS OBS: Comissão de Assuntos Sociais (CAS)	Senado Federal	Projetos e Matérias – Documentos.	10/09/2019 - ... Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). 6. Dr ^a Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso, presidente da Comissão de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). ...
2020 Total: 06 (03 PL + 02 Diários + 01 EMENDA)	Projeto de Lei nº 883, de 2020 - Pesquisas - Senado Federal. OBS: Adicionado o Avulso inicial da matéria.	Senado Federal	Projetos e Matérias - Proposições	Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. 24/03/2020 - ... Ementa: Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. Situação Atual Em tramitação. ... a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. ...
	Inteiro teor - PL 518/2020 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	04/03/2020 - ... cinco projetos de lei que propõem a descriminalização da eutanásia e o suicídio assistido no país. ... Para elas, o governo deveria, antes de discutir a eutanásia , investir numa rede de cuidados paliativos a pacientes ...
	Inteiro teor - PL 580/2020 - Portal da Câmara	Câmara dos Deputados	Projetos e Matérias - Documentos	09/03/2020 - ... Na Suíça, por exemplo, onde o suicídio assistido é permitido de forma indiscriminada, um fluxo cada vez mais crescente de pessoas, muitas vezes influenciadas e orientadas por grandes fundações, tem procurado dar fim ...
	Diário do Congresso Nacional nº 16, de 23/04/2020 - Págs. 421 a 430	Congresso Nacional	Diários	DCN 16/2020 23/04/2020 - ... da Covid-19 em razão do grau de fragilidade e de comorbidades por doenças crônicas; Considerando a necessidade de ofertar cuidados integrais a esta população, inclusive os cuidados

				paliativos ; Considerando que a ...
	EMENDA 3 - MPV 953/2020 OBS: Emenda à Medida Provisória nº 953, de 15 de abril de 2020.	Congresso Nacional	Projetos e Matérias – Documentos OBS: Adicionado a Ficha de Tramitação da MPV 953_2020.	20/04/2020 - ... da Covid-19 em razão do grau de fragilidade e de comorbidades por doenças crônicas. Considerando a necessidade de ofertar cuidados integrais a esta população, inclusive os cuidados paliativos ; Considerando que a ...
	Diário do Congresso Nacional nº 15, de 16/04/2020 - Págs. 171 a 180	Congresso Nacional	Diários	DCN 15/2020 16/04/2020 - ... de câncer quando possível, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos ...

Fonte: Sistema de Informações do Congresso Nacional (2020).

Notas * Emenda que visa à substituição da integralidade do texto de uma proposição principal por outro, promovendo alterações substanciais ou apenas formais em parte ou na totalidade do texto principal substituído. No Senado Federal, o substitutivo está sujeito a novo turno de discussão e votação (turno suplementar) (BRASIL, 2018, p.74).

PARTE II – ARTIGOS CIENTÍFICOS

Artigo 1 – Práticas de fim de vida: uma análise bioética dos projetos legislativos discutidos na esfera federal do Poder Legislativo Brasileiro.

Resumo

A eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido são práticas de fim de vida que objetivam minimizar o sofrimento diante da morte às pessoas portadoras de doenças incuráveis, preservando a dignidade humana e sua autodeterminação, isto é, o direito de decidir sobre a própria morte. Na contemporaneidade, diante do avanço das doenças incuráveis, das tecnologias que prolongam a vida e os cuidados paliativos, a discussão de tais práticas tem sido inevitável. Todavia, trata-se de uma prática permeada de tabus e controvérsias e poucos países têm enfrentado o debate e a sua descriminalização. No Brasil tais práticas não são reconhecidas, fato que nos leva a questionar: o que pensam nossos legisladores a respeito da questão e quais as suas propostas legislativas? Assim, o presente artigo tem por objetivo identificar os países que descriminalizaram ou legalizaram a eutanásia voluntária ativa e/ou o suicídio assistido, bem como analisar a situação jurídico-normativa de tais práticas através da abordagem referendada no Poder Legislativo Federal Brasileiro. A busca de informações relacionada as legislações pertinentes aos países que possuem um ordenamento das práticas em fim de vida foram adquiridas nos referidos sites governamentais e institucionais, sendo que a seleção dos dados brasileiros se efetivou nos sites do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Por sua vez, a ordenação e a codificação dos textos coletados, que totalizaram 193 documentos desde 1981 até 06/09/2020, foram armazenadas no software Atlas Ti e analisadas com base na proposta hermenêutica dialética operacionalizada por Minayo (2010). Tanto compreender um percurso de decisões políticas que envolvem as escolhas e a liberdade das pessoas diante do morrer como o diálogo nas soluções travadas para os conflitos éticos e de valores na distribuição de competências e desenvolvimento humano, refletiram na manifestações de efeito prático provenientes de construções valorativas que tais deliberações políticas corroboraram na sociedade.

Palavras-chave: Eutanásia. Suicídio Assistido. Eutanásia Ativa Voluntária. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Regulamentação de Organismos de Política. Fatores Políticos.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

End-of-life practices: a bioethical analysis of legislative projects discussed at the
Brazilian Federal Assembly.

Abstract

Active voluntary euthanasia and assisted suicide are end-of-life practices that aim to minimize suffering facing death for people with incurable diseases, preserving human dignity and their self-determination, which is the right to decide about their own death. In the contemporary world, given the advance of incurable diseases, technologies that prolong life and palliative care, the discussion of such practices has been unavoidable. However, it is a practice surrounded by taboos and controversies and only a few countries have faced the debate and its decriminalization. In Brazil, such practices are not recognized, a fact that leads us to question: what do our legislators think about the issue and what are their legislative proposals? Therefore, this article aims to identify countries that have decriminalized or legalized active voluntary euthanasia and/or assisted suicide, as well as analyzing the legal-normative situation of such practices through the approach endorsed by the Brazilian Federal Assembly. The search for information related to the legislation pertinent to the countries that have an end-of-life practice order was acquired in the referred governmental and institutional websites, and the selection of Brazilian data were made in the websites of the National Congress, Federal Senate and House of Representatives. Meanwhile, the ordering and coding of the collected texts, which reached a total number of 193 documents from 1981 of 06/09/2020, were stored in the Atlas Ti 9.0 software and analyzed based on the dialectical hermeneutic proposal operationalized by Minayo (2010). Both understanding a path of political decisions that involve people's choices and freedom in the face of dying and the dialogue on solutions to ethical conflicts and values in the distribution of competences and human development, reflected in the manifestations of practical effect arising from value constructions that such political deliberations corroborated in society.

Keywords: Euthanasia. Assisted Suicide. Voluntary Active Euthanasia. Palliative Care in the End of Life. Regulation of Policy Bodies. Political Factors.

* This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Introdução

A ação denominada, desde a antiguidade grega, de eutanásia tem como significado etimológico a *boa morte* (do grego *eu*, 'boa', e *thanatos* 'morte'). Todavia, o termo "eutanásia" passou por uma evolução semântica ao longo dos séculos. A partir de Tomás Morus e Roger Bacon, no século XVII, o termo 'eutanásia' adquire o

significado que faz referência ao ato de pôr fim à vida de uma pessoa enferma. Entretanto, “no século XX passou a ter a conotação pejorativa para muitas sociedades e, pouco a pouco, a representar um mero eufemismo para significar a supressão indolor da vida voluntariamente provocada de quem sofreu ou poderia vir a sofrer de modo insuportável (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287).

A raiz da conotação pejorativa e, conseqüentemente de um influxo do debate em torno da eutanásia e da possibilidade de sua prática, ocorreu no início do século XX. Nesta época, a Sociedade Internacional para a Higiene Racial – fundada em 1907 pelo movimento eugênico internacional liderado por norte-americanos – promoveu em 1911 (Dresden) e 1912 (Londres), encontros com participantes de vários países, onde cientistas expunham seus estudos eugênicos e discutiam os impactos da eugenia na legislação e nas práticas sociais, a aplicação prática dos princípios eugênicos e a promoção dos ideais eugênicos (KUHL, 2002). Com a primeira guerra mundial, os encontros cessaram; todavia, a “nazi conexão continuou”¹⁰² e “o movimento alemão de higiene racial seguiu de perto o desenvolvimento do movimento da eugenia americana” (KUHL, 2002, p. 15), culminando na ciência eugenista nazista e na sua aplicação prática que criou o programa de “assassinato eugênico” durante a segunda guerra mundial.

Azevedo (2014, p. 667) menciona que, em meados de 1939, um grupo de planejamento da Alemanha nazista organizou uma operação de extermínio de crianças e jovens até 17 anos, com deficiência física ou mental grave. Essa operação foi chamada de “Programa de Eutanásia” e, no mínimo, 5.000 crianças morreram devido ao escopo “eugênico”. Não há dúvida de que os nazistas distorceram o significado da eutanásia com conotações diversas que cooperaram ao desenvolvimento de inúmeros pré-conceitos em torno da temática, por décadas. Com efeito, ao ser determinado pelo regime nazista como “eutanásia” – o seu programa de extermínio de pessoas – houve uma ampliação do campo semântico da palavra que suspendeu o debate por quase 20 anos. De fato, no contexto das décadas de 20 e 40 a eutanásia seria justificada para a eliminação de seres humanos com deficiências, pessoas em estágio avançado e portadores de doenças considerados indesejáveis,

¹⁰² Kuhl (2002) destaca que a liderança da eugenia americana na Sociedade Internacional para a Higiene Racial, antes de 1933, contribuiu com o movimento eugênico alemão, não apenas com ideias, mas também com apoio e recursos financeiros.

ou seja, um instrumento de higienização social¹⁰³ (Cf. AZEVEDO, 2014, p. 666). Com o fim da II Guerra Mundial, aos poucos o significado da eutanásia foi sendo desmistificado e o debate reemergiu nos anos 60; porém, em virtude de questionamentos na interrupção do tratamento fútil ou distanásia e não, propriamente, com a eutanásia enquanto tal.

Certamente, a disseminação das ideias em relação a distanásia foram também decorrentes, em partes, pelo desenvolvimento tecnológico em saúde a partir das décadas de 60 e 70. As novas tecnologias permitiram aumentar o tempo de sobrevivência a custos de muito sofrimento, que nem sempre se consegue evitar a morte. Tudo isso fez ressurgir debates em torno das questões acerca da finitude da vida com a eutanásia voluntária ativa, ortotanásia e distanásia. De fato,

Com o advento de modernas técnicas terapêuticas capazes de manter e prolongar a vida de pessoas gravemente enfermas, no entanto, a questão da eutanásia teve que voltar ao debate. Pacientes que no passado encontrariam inevitavelmente a morte são hoje conectados a modernos equipamentos que os podem manter vivos indefinidamente (FERRAZ, 2001, p. 109).

Em contrapartida, as técnicas e tecnologias de manutenção da vida, como por exemplo, a ventilação artificial contribuiu também para se romper – ao menos em parte – “(...) o *tabu* que a nossa cultura sempre estabeleceu em torno dos temas relacionados com a (...) a morte” (GRACIA, 1990). De fato, o desenvolvimento das unidades de terapia intensiva (UTIs) como as mais sofisticadas “tecnologias duras” que podem manter “viva” uma pessoa doente, contribuiu para o debate sobre o tema da eutanásia, tida como sinônimo de “desligar os aparelhos” para consentir que a pessoa doente morra. De fato, foi nesse sentido que surgiu a primeira proposta legislativa brasileira sobre eutanásia, isto é, “permitir ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal (...) sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível (...)” (BRASIL, 1981). De acordo com Gracia (1990), as unidades de cuidados intensivos, os transplantes de coração e as técnicas de suporte vital, entre outros, são alguns dos agentes desta revolução

¹⁰³ Isso porque, o ideal da eugenia vinha sendo difundido por toda Europa pelo movimento eugenista; mas foi na Alemanha nazista que tal ideologia se massificou (Cf. AZEVEDO, 2014, p. 666).

[tanatológica]. Sem eles, talvez se perdesse muito o sentido do atual debate sobre a eutanásia.

A propósito do Brasil, a fim de descaracterizar a conotação pejorativa que foi dada ao combate à “obstinação terapêutica” ou distanásia, aqui se estabeleceu o ideal da ortotanásia (morte no tempo certo; bem como a proporcionalidade entre o tratamento e benefícios esperados). Dessa forma, o remédio para a distanásia (morte fora do tempo, postergada por tratamento desproporcional), ou seja, para impedir o uso indiscriminado de recursos terapêuticos, ineficazes – os quais ao invés de trazer soluções aceitáveis para a pessoa doente, muitas vezes, ocasiona mais sofrimento – passou a ser a ortotanásia, exclusivamente. Muitos defensores da ortotanásia e, posteriormente dos cuidados paliativos, passaram a definir tais práticas como “substitutos” da eutanásia e suicídio assistido, como apresentaremos nas discussões. Assim, o que era para ser uma das opções de morte com dignidade, passou a ser a única opção, fato que delimitou, ainda mais, a autodeterminação pessoal diante das possibilidades de escolhas. Há, contudo, uma obscuridade sobre uma possível definição do que seja, “morte no tempo certo” e “proporcionalidade terapêutica”, que pressiona o debate sobre outras opções de práticas em fim de vida – além dos cuidados paliativos, que promovem o ideal da ortotanásia – como a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido, que se apresentam descriminalizadas ou legalizadas, em alguns países.

Numa definição mais recente, conforme o estágio das necessidades e o desenvolvimento dos sistemas de saúde nos países, a “eutanásia pode ser entendida como emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam” (LEPARGNEUR, 2009, p. 43). No âmbito da delimitação lexical dos termos referentes à bioética do fim da vida, se exemplifica que as modalidades utilizadas, atualmente, para a classificação da eutanásia basear-se-iam ao *ato em si* e no *consentimento do enfermo* (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, grifos dos autores): **1) Quanto ao ato pode ser classificada em:** eutanásia ativa – ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (por exemplo, utilizando uma injeção letal); eutanásia passiva – quando a morte ocorre por omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivida (por exemplo, deixar de se iniciar aminas vasoativas no caso de choque

não responsivo à reposição volêmica); **2) Quanto ao consentimento do enfermo pode ser classificada em:** Eutanásia voluntária – em resposta à vontade expressa da pessoa doente – o que seria um sinônimo do suicídio assistido; eutanásia involuntária – quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo, o que, em linhas gerais, pode ser igualado ao “homicídio” e eutanásia não voluntária – quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade da pessoa doente. Por último, **o suicídio assistido** - ocorre quando uma pessoa, racionalmente capaz de decidir, solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer, ou seja, significa assistir intencionalmente o suicídio de outra pessoa ou proporcionar a essa outra pessoa os meios para realizar o ato (Cf. SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005). A eutanásia voluntária ativa difere-se do suicídio assistido, uma vez que é o médico ou enfermeiro que realiza o ato final, enquanto no suicídio assistido o paciente efetua a ação final para a sua própria morte.

O primeiro país a descriminalizar e legalizar a morte assistida foi a Holanda que, em abril de 2002, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido foram regulamentados e deixaram de ser puníveis, depois de mais de trinta anos de debate. Em julho de 2015 ocorreu o primeiro caso legal de eutanásia realizado na Colômbia, sendo amplamente divulgado pela mídia. No mesmo ano, o suicídio assistido foi legalizado no Canadá e no estado da Califórnia, nos Estados Unidos (CASTRO *et al.* 2016, p. 356, 359). Há, todavia, muita controvérsia sobre a temática e as discussões são prejudicadas pelos preconceitos que envolvem as questões em torno da morte. Desse modo, “conhecer a experiência e os pontos de vista de variados países sobre o tema é fundamental para a formação de opiniões” (CASTRO *et al.* 2016, p. 356) e fomentar o debate, bem como confrontar a situação brasileira.

No Brasil, como se sabe, tais práticas não são reconhecidas e o debate na sociedade é quase ausente, fato que nos leva a questionar: o que pensam nossos legisladores a respeito da questão? E quais as suas propostas legislativas? Assim, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre o panorama da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido nos países que têm debatido a questão, analisando, juntamente, com as suas legislações e os seus critérios, as delimitações legais e técnicas para tais práticas, bem como discutir a situação de outros países onde essas práticas não são plenamente reconhecida e em alguns casos, juridicamente controversas. Em seguida, confrontamos tal panorama com a situação jurídico-

normativa brasileira e analisamos a abordagem referida pelo Congresso Nacional Brasileiro. Acreditamos que alcançar uma melhor compreensão das práticas de fim de vida é essencial para a formação de opiniões e inserir a temática no debate público. Assim, esperamos situar o panorama mundial e confrontar com a situação do Brasil e a perspectiva de descriminalização em nossa sociedade.

Metodologia

Para refletir acerca da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido como práticas de fim de vida com as suas distinções e construções em diferentes países, bem como compreender os delineamentos edificados nos textos produzidos e discutidos no Poder Legislativo Brasileiro relacionado a temática, desenvolvemos uma pesquisa exploratório descritiva de abordagem qualitativa, seguindo as etapas de operacionalização proposta por Minayo (2010): 1) elaboração de categorias analíticas; 2) ordenação e classificação dos dados; 3) leitura horizontal e transversal dos projetos de leis e suas justificativas e pareceres, e 4) análise final/relatório.

A busca de informações relacionada as legislações pertinentes aos países que possuem um ordenamento das práticas em fim de vida foram adquiridas nos referidos *sítes* governamentais e institucionais, sendo que a seleção dos dados brasileiros se efetivou nos *sítes* do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Os documentos foram localizados através do mecanismo de busca, por meio das seguintes palavras-chave: "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato".

Para as fases de *ordenação* e *classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e organizadas com o auxílio do software de organização e análise de dados qualitativos *Atlas.ti 9.0*, a fim de sintetizar o amplo volume de material. Na *fase exploratória* elaboramos as categorias analíticas e, em seguida a categoria temática, objeto de discussão nesse artigo: as práticas de fim de vida (eutanásia e suicídio assistido) entre o direito à vida e o direito de morrer com dignidade. Enquanto a “análise propriamente dita” e a interpretação dos dados na ótica do método hermenêutico dialético – como um “caminho de pensamento” (MINAYO, 2010) – dos conceitos e do referencial teórico delimitados, nos permitiu compreender o percurso

das decisões políticas que envolvem as possibilidades de escolhas e a liberdade das pessoas, entre o direito à vida e o direito de morrer com dignidade.

Em síntese, exemplificamos que se trata de uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, com análise dos dados na operacionalização proposta por Cecília Minayo (2010) e na ótica da Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer e da Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia (2010; 2011).

Visto que o diálogo se manteve na intrincada composição e hierarquia de valores, nos sistemas morais vigentes, que se tornaram concretos diante dos projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação em práticas de fim de vida, selecionamos as alocações representativas dos sentidos estabelecidos pelos autores e as identificamos pela letra *D*, originária do termo *documento* juntamente com o seu número de registro que totalizaram 193 documentos.

Contextualização sobre a regulamentação da Eutanásia Voluntária Ativa e Suicídio Assistido em Diferentes Países.

Nos dias atuais, diferentes países dispõem de regulamentações legislativas e técnicas sobre a eutanásia voluntária ativa e/ou suicídio assistido. A “morte assistida” é praticada em quatro países da Europa Ocidental: Holanda em 2002, Bélgica em 2002, Luxemburgo em 2009 e Suíça em 1982; dois países norte-americanos: Estados Unidos (nos estados de Oregon em 1997, Washington em 2008, Vermont em 2013, Colorado em 2016, Califórnia em 2016, Washington, DC – Federal District em 2017, Hawaii em 2018), New Jersey em 2019 e Maine em 2019) e Canadá em 2016; e, na América do Sul, na Colômbia em 2015. Todavia, tais regulamentações com critérios técnicos e delimitações, diferem em cada país, segundo as necessidades pertinentes as regiões e os territórios de abrangência, mencionadas, historicamente, no Quadro 1. Conhecer como tais práticas de fim de vida se desenvolvem em diferentes países, contribuem ao aprimoramento do estudo da temática e à compreensão dos embates e discussões realizadas no poder legislativo brasileiro.

Quadro 1: Características histórica nos diferentes países com a prática da eutanásia voluntária ativa e/ou suicídio assistido.

Países	Eutanásia Voluntária Ativa	Suicídio Assistido
Holanda	A Holanda foi o primeiro país a regulamentar o suicídio assistido e a eutanásia. Depois de mais de trinta anos de debate, em abril de 2002 passou a vigorar a lei <i>Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide</i> que permite a eutanásia ativa em crianças com idade igual ou superior a 12 anos. O Protocolo de <i>Groningen</i> , criado em 2005, como uma extensão, dessa lei, introduziu a possibilidade de terminar a vida de recém-nascidos prematuros e gravemente enfermos que preencham determinados critérios específicos (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017; ALVES, DIAS-COSTA, 2019).	
Bélgica	Nesse país a eutanásia ativa voluntária tornou-se permissível à população, com a legislação de 22 de junho de 2002, e acessível para pessoas mentalmente competentes, portadoras de condições incuráveis, incluindo doenças mentais, que causem sofrimento físico ou psicológico insuportáveis; sendo que a sua regulamentação foi ampliada em 2014 para incluir crianças em fase terminal (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 2017; CASTRO <i>et al.</i> , 2016).	O suicídio assistido não é explicitamente regulado pela lei, mas casos reportados à Comissão Federal de Controle e Avaliação de Eutanásia são tratados da mesma forma que a eutanásia (CASTRO <i>et al.</i> , 2016)
Luxemburgo	Em 16 de março de 2009 duas leis importantes entraram em vigor, uma lei referente aos cuidados paliativos, instruções prévias e acompanhamento em fim de vida e a lei sobre eutanásia e suicídio assistido. Ao votar simultaneamente a lei relativa aos cuidados paliativos e a lei acerca da eutanásia e do suicídio assistido, o legislador quis, de um lado, destacar a sua vontade de realizar tudo para continuar a desenvolver os cuidados paliativos. De outro lado, quis permitir a liberdade de escolha dos pacientes relativamente às modalidades do fim da vida, protegendo os médicos que aceitarem aceder ao seu pedido de eutanásia ou de suicídio assistido, no respeito das condições previstas pela lei, suprimindo o risco dos processos penais contra os médicos (LUXEMBURGO, 2010, p. 11).	
Suíça	Na Suíça a eutanásia é considerada ilegal. Isto é, matar a pedido”, conforme a o artigo 114 do Código Penal, é crime, ou seja, “qualquer pessoa que por razões honoráveis, especialmente por compaixão, cause a morte de outra pessoa com base no seu pedido sério e insistente, é punido com uma pena de detenção de até 3 anos ou com uma pena pecuniária (SCHWARZENEGGER, SUMMERS, 2005).	Em contrapartida o auxílio ao suicídio não é penalizado. O suicídio assistido é permissível sob a condição de que a vontade da pessoa que auxilia o outro a morrer seja revestida de boas intenções e desde que a pessoa que solicitou a ajuda tenha capacidade legal, nos termos do Art. 16 do Código Civil Suíço (SCHWARZENEGGER, SUMMERS, 2005)
Canadá	Em fevereiro de 2015, após longo debate realizado no país, devido os casos das pacientes Kay Carter e Gloria Taylor processados durante seis anos na Suprema Corte, o Canadá suspendeu a proibição da eutanásia e do suicídio	

	assistido; sendo que a suprema corte apresentou ao governo um prazo até seis de junho de 2016 para elaborar uma nova lei. Em decorrência disso, o governo federal aprovou, durante o prazo estipulado, a legislação que permite que adultos canadenses elegíveis ao ato, solicitem assistência médica ao morrer (CANADÁ, 2017).	
EUA	Os atos de obtenção e autoadministração de medicamentos letais (suicídio assistido) às pessoas acometidas por uma doença terminal se apresentam legalizados de forma explícita nos seguintes estados do país: Oregon (1997), Washington (2008), Vermont (2013), Colorado (2016), Califórnia (2016), Washington, DC (Federal District – 2017), Hawaii (2018), New Jersey (2019) e Maine (2019) (DEATH WITH DIGNITY, 2019).	Enquanto, que a eutanásia é criminalizada em todos os estados dos EUA (CASTRO <i>et al.</i> , 2016; MENON, 2013).
Colômbia	Nesse país os artigos 106 e 107 do Código Penal punia com prisão o suicídio assistido, assim como a eutanásia. Todavia, a jurisprudência da Corte Constitucional, através da sentença C-239 de 1997, considerou que o direito fundamental de viver de forma digna implica o direito fundamental de morrer com dignidade e na dita determinação, exortou o Congresso da República a expedir a respectiva regulamentação o qual determinou ao Ministério da Saúde e Proteção Social a emitir as diretrizes para atender ao Direito de Morrer com Dignidade, ficando definida a eutanásia com assistência médica (COLOMBIA 1997; 2015, grifo nosso).	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Entre o direito à vida e o direito de morrer com dignidade: a situação jurídica da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido no Brasil.

As práticas de fim de vida possuem breves discussões na sociedade brasileira que, por fim, convergem a situações e acontecimentos específicos. Em alguns ambientes é possível averiguar adstritos grupos dispostos as discussões, em outros, o afastamento se torna uma estratégia de escape.

Por sua vez, muitas menções ao artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) são referendadas, onde “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade(...)”, conectando em alguns momentos aos seus segmentos que o compõe, tais como “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 2020a, p.2). Inclusive, aludindo a

outros princípios fundamentais, cláusulas pétreas da Constituição, interpretações que justifiquem as possíveis razões provenientes ao direito à vida, tais como a dignidade da pessoa humana, a cidadania e muitos outros (BRASIL, 2020a).

Nesta conjuntura, analisamos que a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido embora sejam criminalizados, através das possíveis interpretações simultâneas dos princípios fundamentais, explana que outras práticas de fim de vida que não interrompam a vida por meio de ação deliberada, sejam possíveis, como os recursos técnicos vigentes aos cuidados paliativos que incluem a sedação paliativa e, conseqüentemente, a ortotanásia. Nesse sentido a “ortotanásia (...) é bem assegurada pela Constituição, pois visa garantir morte digna ao paciente terminal, que tem autonomia para recusar tratamentos desumanos e degradantes” (CASTRO *et al.*, 2016, p. 361). Ainda assim, há controvérsias sobre a prática que é associada à eutanásia, o que tem levado à várias iniciativas de projetos legislativos para “descriminalizá-la”, conforme veremos adiante.

Por outro lado, é importante observar que a criminalização da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido se efetivou anteriormente à CFRB de 1988, corroborando aos questionamentos sobre sua constitucionalidade diante do movimento dinâmico na construção de valores em sociedade e as relações na assistência à saúde no processo de morrer e morte. Em outros termos, no Código Penal, em vigor desde o ano de 1940, a eutanásia é considerada crime de homicídio privilegiado com a diminuição de pena quando o “agente comete o crime impelido por **motivo de relevante valor social, ou moral**”, conforme descrito no §1º artigo 121 do Código Penal. Em sua tipificação como crime em qualquer hipótese se verificou também que, dependendo das circunstâncias, a conduta do agente pode configurar-se como crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, como consta no artigo 122 da referida Lei (BRASIL, 2020b, p. 29-30, grifos nosso).

Neste embate, tornou-se perceptível o conflito criado entre os direitos fundamentais apresentados e descritos na Constituição Brasileira no que se refere à eutanásia voluntária ativa e ao suicídio assistido, bem como no Código Penal, pois ao mesmo tempo que se antevê uma indisponibilidade da vida humana entra em baila o direito à dignidade da pessoa humana. Sendo assim, para que uma legislação sobre eutanásia voluntária ativa e suicídio assistido estejam de acordo com a CFRB de 1988,

seriam necessários ponderações de tais direitos fundamentais, diante de possíveis indagações, tais como: “(...) até que ponto pode ser considerada digna, a vida de um enfermo em estado terminal, em que os tratamentos médicos empregados apenas servem para prologar o sofrimento e a angústia da espera pela morte certa?” (GIANELLO; WINCK, 2017, p. 10) ou, até que ponto o direito à autodeterminação e responsabilidade prevalecem diante do direito à vida em tais casos?

Em Gianello e Winck (2017, p. 13), vamos encontrar o seguinte esclarecimento que compactuamos, “(...) se infere do texto constitucional, que o princípio da inviolabilidade da vida não é superior aos demais; muito pelo contrário, tem-se como princípio norteador da Lei Maior o da dignidade da pessoa humana”. Por conseguinte, a complexidade inerente a dignidade da pessoa humana no processo de morrer e na morte possui uma interligação basilar na constituição de vitalidade e liberdade humana que se definem no processo de vida. Nessa perspectiva, se inserem os textos elaborados na esfera federal, especificamente, no Poder Legislativo Brasileiro que tanto abrangem uma trajetória de decisões políticas como impactam no desenvolvimento dos seres humanos em suas conexões basilares.

Propostas legislativas apresentadas na Câmara dos Deputados, Senado Federal e Congresso Nacional.

A análise que fizemos dos projetos de lei debatidos pelos senadores e deputados, no Poder Legislativo Federal Brasileiro, revela que, na maioria das justificativas contra a regulamentação da eutanásia voluntária ativa e/ou do suicídio assistido, prevalece a defesa do princípio “da inviolabilidade do direito à vida”, fazendo menção ao Art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (BRASIL, 2020a). Todavia esse princípio constitucional fundamental, é visto de modo absoluto, em detrimento do direito do morrer com dignidade. Se estabeleceu uma espécie de jurisprudência desde o primeiro projeto (em 1981) sobre eutanásia apresentado no Poder Legislativo Federal, como constatado no voto do relator aprovado no parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação: “(...) entre as garantias e os direitos individuais consagrados por nossa Carta Política¹⁰⁴ está a inviolabilidade do direito à vida.

¹⁰⁴ Referência à Constituição de 1967, vigente à época.

Qualquer tentativa no sentido de abreviá-la, ou de exterminá-la, encontra barreira intransponível no texto constitucional” (D45).

A proporção dos poucos projetos que tramitaram sobre as práticas de fim de vida, no que diz respeito à eutanásia voluntária ativa e ao suicídio assistido versaram para criminalizar ainda mais tais práticas, com várias propostas de redefini-las como crimes hediondos. Ou seja, ao invés de adequarem a recepção do Código Penal à Constituição vigente, já que esse não expressa abertamente a proibição da eutanásia voluntária ativa em situações específicas, buscam retroceder desvirtuando os direitos fundamentais à liberdade e dignidade humana, aos tempos mais remotos e arbitrários. Percebemos ainda, nos projetos de lei com as suas respectivas justificativas juntamente aos requerimentos, as proposições de plebiscito e audiências públicas, bem como em discursos na plenária que os autores se utilizaram do valor da vida como mero instrumento, a serviço de interesses pessoais e/ou corporativos bem como ideológicos e religiosos.

Tanto na articulação de diversas razões reveladas e explicadas, tornaram perceptíveis as possíveis delimitações nas arbitrariedades sentidas e inteligidas como foram expostos a construção de valores já consolidados na própria experiência adquirida no âmbito político. Dessa forma, inúmeras distorções relacionadas as atribuições de um representante político vieram à tona, tais como o desenvolvimento de um efeito compensatório de utilidade na política, invertendo-a para uma profissão. Neste delineamento, questões cotidianas de vida e morte revestiram os palanques de campanha política para angariar votos e implicaram no repúdio a qualquer proposta de legislação que flexibilize a criminalização da eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido. Gianello e Winck (2017, p. 11), já haviam observado, fazendo menção ao próprio senador, autor de uma das propostas, não ter “esperança de que o projeto vingue, uma vez que nunca foi colocado em votação”, enquanto outro congressista afirmava que “ninguém quer discutir a eutanásia porque isso traz prejuízos eleitorais”.

A propósito, em nossa pesquisa, identificamos no âmbito do portal na Câmara dos Deputados¹⁰⁵, através das expressões de busca mencionadas, anteriormente, um resultado – desde 1981 até o dia 06/09/2020 – de trinta e dois Projetos de Lei, sendo

¹⁰⁵ Link com conteúdo explicativo relacionado ao processo legislativo:
<<https://www.camara.leg.br/entenda-o-processo-legislativo/>>.

um Projeto de Lei Complementar e um Projeto de Decreto Legislativo, fazendo menção às práticas de fim de vida. Em relação as propostas apresentadas, houveram, desde 1981, dezoito projetos de lei¹⁰⁶ referente à eutanásia (alguns versando também sobre o suicídio assistido) que foram discutidos na Câmara dos Deputados, sendo alguns arquivados de imediato e outros em tramitação por vários anos; projetos com várias divergências que vão desde a inclusão da eutanásia e/ou o suicídio assistido no rol de “crimes hediondos” passando pela permissão da “eutanásia em situações específicas”, bem como a proposta de “convocação de plebiscito sobre eutanásia” por Decreto Legislativo, entre outros.

Em relação ao portal do Senado Federal se averiguou dezesseis projetos de lei de autoria dos senadores, um projeto de lei da Câmara dos Deputados e um projeto de lei de conversão, em que as expressões de busca utilizadas proporcionaram o acesso aos registros a partir de 1996 até o dia 06/09/2020. Na caracterização de terminologias específicas, tais como eutanásia e suicídio assistido, foram identificados seis projetos de lei incluso o projeto de lei da Câmara dos Deputados e o projeto de conversão. Tanto os textos elaborados e modificados com o passar dos anos demonstraram a presença concreta de informações relacionada a temática pelos congressistas como tornaram elucidáveis os seus conflitos de valores.

O primeiro desses projetos a ser apresentado, foi o Projeto de Lei 4662/1981 na Câmara dos Deputados que permitiria “ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares” (D45). O autor desse projeto, o médico Deputado Federal Inocêncio Oliveira (PDS-PE), o reapresentou, com igual teor, sob o número PL 732/1983; porém também foi arquivado mediante o parecer, da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação devido a “inconstitucionalidade” e, dentre outras contra justificativas, de que “na área do direito penal, o projeto de lei busca tornar atípica uma conduta criminosa, qual seja a de se permitir a morte de alguém” (D119). Neste ponto nos cabe fazer uma observação, diversos projetos transpareciam muito mais os interesses corporativos

¹⁰⁶ Há uma nota no sítio de busca da Câmara dos Deputados, advertindo que “as informações anteriores a 2001, ano de implantação do sistema e-Câmara, podem estar incompletas”. Diante desta ressalva, salientamos que a busca inicial que fizemos, com o intuito de definir a amostra de pesquisa, referiu-se ao conteúdo disponível *online*.

médicos para uma contínua ingerência e domínio sobre o corpo humano do que uma defesa no direito à morte digna através da eutanásia voluntária ativa. Para o autor e Deputado Federal, “o projeto visa apenas regulamentar um fato com que os profissionais vêm se deparando comumente, causando problemas à classe, aos hospitais e aos familiares” (D45). Acrescenta ainda que, “do ponto de vista **médico, o profissional** deve lutar para preservar a saúde, prolongar a vida e abreviar os sofrimentos, mas **deve ter o direito de decidir da inutilidade de prolongar uma vida vegetativa**, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível” (D45, grifos nosso). Ou seja, o que se defendia era o direito, isto é, o poder médico de decidir sobre “uma vida vegetativa” em “comum acordo com os familiares”. Em síntese, o “paciente” nem seria tratado como tal, mas como um mero corpo: um estorvo.

Quase uma década depois, já sob a égide da CRFB de 1988, o Radialista, Deputado Gilvam Borges (PRN-AP), apresentou o PL 1989/1991 que dispunha “sobre a prática da eutanásia, nas circunstâncias que especifica”. Sua justificativa era a de que, à época, “a medicina [já] poderia prever, com segurança, a incurabilidade de certos males (...) e evitar sofrimentos de pacientes e familiares” (D15). Assim, “a família do doente em fase terminal, diagnosticada a total impossibilidade de recuperação das funções neuro cerebrais, poderá pedir a um médico a adoção da eutanásia”, ou ainda, “quando a solicitação for efetuada pelo paciente, ele será submetido a uma junta médica para avaliação do quadro” (D15). Noutras palavras, o poder de decisão continua descentrado do sujeito que continua alienado da sua autodeterminação. Da mesma forma, o relatório da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJ) invocaram o princípio da “inviolabilidade da vida” para o arquivamento da proposta, alegando que “a vista, pois, deste princípio constitucional, e mesmo com expressa manifestação de vontade do paciente ou de seus familiares, a eutanásia deve continuar sendo tipificada com o ‘matar alguém’ do Código Penal, repudiando-se a exclusão da criminalidade que se lhe quer atribuir” (D15).

Tanto existem diferenças elucidativas nos dois primeiros projetos de autoria do Deputado Federal Inocêncio Oliveira, que propunham um processo de tomada de decisão médica unilateral diante de “pacientes em coma terminal” como o PL 1989/1991 previa a comprovação da “impossibilidade de recuperação das funções neuro cerebrais” e a participação de familiares. Apesar das discrepâncias na

elaboração dos textos, que não englobavam a autodeterminação da pessoa que sofre e que poderiam ser passíveis de modificações com o diálogo e a incorporação de conhecimento científico, houve uma recusa na abordagem da temática com o seu arquivamento baseando-se no princípio da inviolabilidade da vida e sendo interpretado como absoluto. E, neste aspecto, podem ocultar interesses ilegítimos, como caracteriza Gracia (2011, p. 110), se a “a saúde e a vida são valores intrínsecos (...), são também valores instrumentais, quando se alocam a serviço de outras coisas”.

Ao passo que se considera a tramitação desses projetos de lei na Câmara dos Deputados, sendo favoráveis à descriminalização da eutanásia, se adverte a inexpressiva coerência conceitual para a classificação de práticas de fim de vida. Em relação ao Projeto de Decreto Legislativo nº 244 de 1993, apresentado pelo Deputado Gilvam Borges como uma iniciativa para convocar um plebiscito sobre a eutanásia, propondo simplesmente que “os habilitados para votar dirão sobre a conveniência ou não de se instituir a eutanásia como forma de abreviar sofrimentos de pacientes terminais” (D2); teve o seu arquivamento pelos mesmos motivos de inconstitucionalidade. Com o passar dos anos, o então Deputado Federal assumiu as atribuições de Senador e reapresentou seu projeto de lei no Senado Federal, o PLS 125/1996, conclamando a seus pares a analisar a questão, nas seguintes palavras:

Sr. Presidente, Sr.ª e Srs. Senadores, traz-me à tribuna desta Casa um assunto importante e, de certa forma, **bastante polêmico**, já que **confronta com alguns dogmas e valores muito arraigados na sociedade, principalmente, nos segmentos religiosos**. Enquanto Deputado Federal, apresentei um projeto de lei e o estou reapresentando neste momento. Esse projeto autoriza a prática da morte sem dor, nos casos em que especifica e dá outras providências: a eutanásia (DSF, 1996, p. 8420, grifos nosso).

Ainda assim, houve iniciativas que, apesar de problemáticas, trouxeram ao debate as práticas de fim de vida com uma abordagem na eutanásia; porém, arquivadas sem qualquer diálogo em sociedade para o aprimoramento e compartilhamento de conhecimento científico no âmbito da prática. Não menos importante se menciona também a elaboração de dez projetos de lei que insurgiram para a criminalização das práticas de fim de vida e sua relação com a autodeterminação das pessoas, analisados a seguir.

Projetos de lei sobre eutanásia e suicídio assistido com justificativas curiosas.

Em um total de dez projetos de lei, três se destacaram pela astúcia dos seus propositores e as respectivas preocupações em conter um suposto ou possível avanço na força de vitalidade e liberdade do ser humano, que se expressa inerente à dignidade humana e, por sua vez, se estrutura no fundamento do reconhecimento destas práticas, pois se refere ao direito de viver e de morrer com dignidade, refletindo em uma espécie de contraofensiva. Nesta conjuntura, um dos projetos (PL 5022/2013), proposto pelo Deputado Onofre Santo Agostini (PSD-SC), propunha que, “ficam obrigados os hospitais públicos e privados, em todo território nacional, a instalar sistema de câmeras de segurança nas unidades de terapia intensiva” (D59). Ao se analisar seu inteiro teor, a única interpretação que se pôde extrair é que a proposta de lei estaria preocupada com a “segurança dos pacientes”, visto que previa, no seu “parágrafo único do Art. 2º” que as “as imagens poderão ser requisitadas, se necessário, pela justiça e por familiares”¹⁰⁷. Todavia, os motivos da proposta de Lei, se destacaram nas justificativas do proponente que se seguem ao projeto de lei. Diz o autor:

Considerando o processo que investiga eutanásia no Hospital Evangélico de Curitiba, assim como tantos relatos de pacientes do SUS, verifica-se a prática de desrespeito e agressividade de alguns enfermeiros, médicos e auxiliares de saúde com pacientes de UTIs. Nesse sentido, se faz necessária a instalação de aparelhos de circuito interno para coibir esse tipo de prática e aumentar a segurança de quem necessita de UTI nos hospitais públicos e privados do país (D61).

A intenção, portanto, não era apenas punir os “criminosos” segundo o enquadramento vigente da eutanásia no Código Penal, mas principalmente impor um controle institucional sobre as práticas profissionais de saúde e das respectivas relações entre os profissionais e os usuários, invadindo o direito de privacidade. Além de justificar a criminalização generalizada, com base num caso particular em que antecipa seu próprio julgamento às categorias profissionais em geral, além da acusada, em particular, uma médica, a qual teve sua inocência comprovada na

¹⁰⁷ Cf. PL 5022/2013. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1060309&filename=Tramitacao-PL+5022/2013>.

justiça¹⁰⁸. Um outro projeto curioso, cuja pretensão se baseia em instituir o “dia de Homenagem à Vida Humana, desde a concepção” (D66). À primeira vista, para ser uma proposta especificamente antiabortista, por ter sido apensado ao PL 4149/2019 que Institui a Semana Nacional do Nascituro (autoria da Deputada Chris Tonietto - PSL/RJ), no qual a deputada alega a existência de uma “militância abortista que prega uma cultura de morte tem usado de propaganda massiva para tentar afetar a opinião, a educação e alterar leis” (D66). Todavia, percebe-se na justificativa do PL 518/2020 que o Deputado Diego Garcia ao propor o dia de homenagem a vida humana, busca eliminar o diálogo sobre os acontecimentos da vida cotidiana em sociedade. Para o autor do projeto, “a defesa da vida (...) não se baseia tão somente em seu âmago, no caso da concepção. (...) E essa defesa se dá em toda a sua jornada de vida. Por isso, temas como a liberalização da eutanásia e do suicídio assistido clamam por atenção e urgência” (D66). Mas engana-se quem acha que a “atenção” está em debater o direito de morrer com dignidade. Ao contrário, a intenção é exatamente impedir o avanço das discussões, bem como das pesquisas científicas envoltas nas questões sociais que permeiam a vida e a morte e que, eventualmente, possam contribuir para a emancipação humana e transcender nos valores intrínsecos dos seres humanos ao aprimorar o conhecimento compartilhado nas atividades humanas com responsabilidade diante do outro e compromisso mútuo entre pessoas e seus processos de vida. Para tanto, o Deputado justifica seu projeto depreciando os debates que vem ocorrendo em outros países e considerando-os como influências que ameaçam a nossa sociedade. Pronuncia o autor:

Neste ano de 2020, o Parlamento português acatou cinco projetos de lei que propõem a descriminalização da eutanásia e o suicídio assistido no país. Por meio dessas práticas, pessoas gravemente doentes podem escolher colocar fim às suas vidas. Além de Portugal, a Espanha e a Nova Zelândia também são países que têm discutido a descriminalização. (...) Mesmo sendo crime no país, **a mobilização da discussão do tema ao redor do mundo** traz consigo uma **grande preocupação para o Brasil** (D66, grifos nosso).

¹⁰⁸ O juiz considerou que as provas apresentadas pelo Ministério Público causavam dúvidas quanto à existência dos crimes apontados pelos promotores. “Uma decisão de pronúncia que se repute minimamente democrática jamais poderia se amparar em afirmações genéricas no sentido de que 'ocorriam antecipações' de óbito na UTI do Hospital Evangélico”, disse o juiz na decisão. Cf. <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/juiz-inocenta-medica-acusada-de-matar-pacientes-em-uti-de-hospital-em-curitiba.ghtml>.

Sendo assim, a “urgência” está em “destinar um dia para homenagear a Vida Humana” com uma proposta já revestida de valores tidos como absolutos. O risco, porém, é esse “dia” se transformar numa ocasião de ofensiva ideológica em que “promover-se-á campanha de valorização da vida, com a realização de palestras, seminários, atividades educativas e com a veiculação de campanhas de mídia e disponibilização de informações à população” (D66). Como a proposta está longe da intenção de promover o debate com pluralidade de ideias, é provável que o “valor da vida” seria utilizado para a disseminação de propagandas que ocultam a realidade, formando opiniões contrárias e sem reflexão, isto é, estabelecer na sociedade uma visão particular de mundo.

Um terceiro projeto, também muito peculiar, vem ao encontro desse último que descrevemos e a outros projetos de criminalização da eutanásia. Afinal, os políticos agem em blocos de partidos em torno de determinados projetos de ingerência e domínio: preocupados com o avanço da regulamentação das práticas de fim de vida noutros países, apresentam propostas para bloquear as influências: tal é o objetivo do PL 580/2020 em tramitação na Coordenação de Comissões Permanentes (em 14/04/2020), apresentado pela Deputada Chris Tonietto (PSL-RJ), para “tipificar, no rol de hipóteses do (...), a aplicação da extraterritorialidade incondicionada (...) aos crimes dolosos contra a vida cometidos sob jurisdição estrangeira por brasileiros ou domiciliados no Brasil, mesmo que não previstos juridicamente no país onde o fato tenha ocorrido” (D75).

Analisando o projeto, constata-se que simplesmente acrescenta a *alínea e*, no *inciso I* do Art 7º, que são crimes “dolosos contra a vida, quando o agente for brasileiro ou domiciliado no Brasil”; o que nos leva a questionar: qual a verdadeira intenção do projeto? Por sua vez, a resposta se torna evidente: punir brasileiros que cometem crimes no exterior e estrangeiros que cometem crimes no Brasil, haja vista que, atualmente, na legislação em vigor, tais “crimes (...) são passíveis de responsabilização apenas se o fato for também punível no país onde ocorrer, ou seja, é requisito que haja uma reciprocidade dos ordenamentos jurídicos quanto à matéria” (D75), conforme o Código Penal (Cf. BRASIL, 2020b). Ao passo que uma ação reflexiva se esboça diante dessas colocações, o seguinte questionamento se eleva: quais tipos de crimes, na concepção desses legisladores, não encontram reciprocidade jurídica?

Em linhas gerais, o projeto é justificado diante da “(...) facilidade de circulação de nacionais entre outros países, como ocorre desde o movimento histórico de globalização” e “(...) tendo em vista [que] certos movimentos de relativização dos direitos naturais, como é o caso do direito à vida, determinados indivíduos se valem da legislação mais branda em certos países e, naquelas localidades, passam a praticar suas condutas delituosas” (D75). Logo, quais condutas criminosas os brasileiros estão cometendo no exterior que justifica a violação da reciprocidade jurídica entre os países? Precisamente a eutanásia e o suicídio assistido, além do aborto. E para onde estão indo os brasileiros cometer tais “delitos”? Para a autora do projeto de lei, “na Suíça, por exemplo, onde o **suicídio assistido** é permitido de forma indiscriminada, um fluxo cada vez mais crescente de pessoas, muitas vezes influenciadas e orientadas por grandes fundações, tem procurado dar fim às suas vidas” (D75, grifos nosso). Não obstante, num estudo realizado por Gauthier *et al.* (2015) através de uma análise retrospectiva dos dados disponíveis no Instituto de Medicina Legal de Zurique, no período de 2008 a 2012, foram identificados 611 casos de suicídio assistido de não residentes suíços, cujos registros representam quase dois terços do total de casos. Além disso, os quatro países com um maior número de casos foram a Alemanha (268), Reino Unido (126), França (66), Itália (44); sendo o Brasil o 24º no número de casos com apenas um. Os autores constaram ainda que, tal fato, por eles denominado jocosamente de *turismo suicida*¹⁰⁹, tem levado vários países a modificar suas legislações no sentido coibir o fenômeno, dizem eles: “olhando para a legislação dos três principais países, o debate político pode ser encontrado em todos os três. Nossa hipótese é de que o turismo suicida pode resultar na alteração das leis existentes (...)”, no sentido de flexibilização das leis ou mesmo a regulamentação das práticas de fim de vida.

No Brasil, ao contrário, os legisladores pretendem enrijecer as leis e, para tanto, não se limitam a criminalizar seus compatriotas, mas também pretendem aplicar unilateralmente a lei, ao romper a “reciprocidade jurídica”, – preceito basilar nas relações externas – criminalizando estrangeiros eventualmente envolvidos no

¹⁰⁹ Termo que é bastante criticado por Luley (2015) o qual afirma que “Gauthier *et al.* estabeleceram um tom de desrespeito para as pessoas que, longe de desfrutar da experiência de um turista na Suíça, estão enfrentando momentos de decisões importantes para eles e suas famílias. Mesmo que esses pesquisadores não tenham desenvolvido o termo, cada pesquisador é responsável por fazer referências respeitadas às pessoas que tomam decisões legais. Isso é verdade mesmo que o pesquisador escolha de forma diferente para si mesmo”.

processo, conforme a justificativa: “tais instituições não deveriam de nenhuma forma ter liberdade para atuar no Brasil, já que nosso Código Penal tem tipificado o crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, previsto no seu art. 122” (D75). Convém lembrar que o posicionamento é semelhante ao que se encontrava no primeiro projeto de lei (PL 999/ 1995) que pretendia definir a eutanásia como crime hediondo em que o Deputado Osmânio Pereira propunha no artigo 4º que “o governo brasileiro e seus representantes não podem aceitar, firmar ou participar de quaisquer acordos internacionais que impliquem na obrigação de adotar qualquer tipo de política ou meta demográfica, ou na alteração da legislação do país em relação à pena de morte, à eutanásia, ao aborto, à esterilização voluntária ou ao controle da natalidade (...)” (D125); em seguida justificava sua proposta, afirmando que o “o objetivo deste Projeto é a defesa da vida (...) e da soberania de nosso país, contra a ‘cultura da morte’ que vêm tentando nos impor os países estrangeiros em que já impera, bem como as pessoas e entidades que, conscientemente ou não, trabalham a serviço dos mesmos” (D125, D63). Em suma, os autores dos projetos, em geral, pretendem fechar as “(...) brechas no nosso ordenamento jurídico, que **deve buscar evoluir**, neste caso, para que não se permita o avanço dos movimentos de relativização da vida” (D75, grifo nosso).

Além disso, em quatro projetos de lei que mencionam a eutanásia se verificou uma alusão à ortotanásia e aos cuidados paliativos; no sentido de confundir ou distinguir tais práticas, dependendo dos interesses que estavam a sustentar as propostas. De certo modo, justificam as duas primeiras práticas de fim de vida como alternativas às interferências no “valor da vida”, isto é, à eutanásia e ao suicídio assistido. No caso da ortotanásia as propostas são conflitantes: uns pretendem limitar, outros querem ampliar a autonomia médica sobre a decisão de manter ou interromper um tratamento desproporcional. Como exemplo podemos citar o PL 3002/2008 de autoria dos advogados Deputados Hugo Leal (PSC-RJ) e Otávio Leite (PSDB-RJ) que pretendem “regulamentar a prática da ortotanásia”, permitindo a “suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários” (D27) e o PL 5008/2009 do Deputado “Dr.” Talmir (PV-SP) com o objetivo “proibir a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente” (D56). Dentre os projetos que defendem a ortotanásia, procura-se associar tal prática com os cuidados paliativos e dissociá-la da eutanásia, devido à sua criminalização prévia. No âmbito dos cuidados paliativos, como direito

humano de morrer com dignidade, não há motivos – que não sejam interesses políticos – para associá-lo às demais práticas de fim de vida, pois se trata de um modo de cuidar embasado em reflexões éticas e que respeita a autonomia do paciente em fim de vida. Trata-se de um modelo assistencial que deveria se transformar em regra, como direito à saúde e, eventualmente, a eutanásia voluntária ativa (legislada) em exceção; e a ortotanásia sequer faria sentido. Pois, como descrito por Gracia (2010, p. 535), “se os cuidados paliativos são importantes, os são por si mesmos e não como meio para evitar a eutanásia”.

Eutanásia e suicídio assistido: crimes hediondos ou direito de morrer com dignidade?

Dentre inúmeros desafios e embates, buscamos finalizar o diálogo com as propostas legislativas que propõem qualificar a eutanásia voluntária ativa e/ou o suicídio assistido em crimes hediondos, já que tais práticas não são expressamente citadas no Código Penal, mas tão somente interpretadas como “homicídio privilegiado”. Assim, verificamos uma disputa entre momentos de um único ato se mesclando em divergências e convergências aos elementos peculiares das atividades que cada um realiza e o papel social que a desempenha para uma análise focada nas razões de aplicação de punição em situações distintas, por vezes, evitáveis e injustas.

Neste espaço, muitos legisladores ao inverterem a construção de valores para segmentar e edificar possíveis distorções de ideias aos seus interesses e privilégios através de resquícios históricos direcionados a uma ideologia conservadora que se impõe na aplicação de punição, contrariando o desenvolvimento de um ato em autodeterminação e responsabilidade na liberdade humana expõem as próprias razões que os estimulam, visto que a coerção e a persuasão se manteriam em um “tratamento penal mais severo a fim de se sancionar de modo mais adequado os infratores e desestimular a sua prática” (D31).

Inclusive, temem um maior desenvolvimento de valores conectados a estrutura básica dos seres humanos, rompendo com os falaciosos ideais arquitetados por uma minoria de privilegiados que se fundamentam em premissas incoerentes diante da concreta realidade brasileira, tais como, as “matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia” (D31). Ao mesmo tempo, buscam se opor aos grupos políticos que

representam as propostas de “descriminalização” da ortotanásia. Ainda que expusemos algumas das motivações referendadas nos textos, em propostas de lei, que buscam expressar tais práticas como crime hediondo, sob o argumento de que estão agindo em “defesa da vida”, sistematizamos as tentativas de qualificação da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido como crime hediondo¹¹⁰, através do seguinte Quadro 2.

Quadro 2: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos grifados com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PLP 190/1994 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivado)	Por serem perpetrados contra seres humanos sem condições de se defender, a interrupção voluntária da gravidez e a eutanásia são crimes hediondos contra a vida, em todos os casos , não sendo permitida a apresentação de proposições que visem legalizá-las ou descriminalizá-las (D135, grifos nosso).
PL 999/1995 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivado)	Define a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso (D125, grifos nosso).
PL 4703/1998 Dep. Francisco Silva (PPB-RJ) (Em tramitação)	Dispõe que são hediondos os crimes tentados ou consumados de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio , e o aborto provocado por terceiro com ou sem o consentimento da gestante (D49, grifos nosso).
PL 5058/2005 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivada)	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso (D63, grifos nosso).
PL 2283/2007 “Dr.” Talmir (PV-SP) (Arquivada)	Dispõe sobre a equiparação da eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo (D17, grifos nosso).

¹¹⁰ Crimes hediondos são aqueles que atentam contra os princípios fundamentais da CRFB, conforme o Art. 5 “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Assim, a Lei dos Crimes Hediondos regulamenta o Inciso XLIII do Artigo 5 da Constituição Federal de 1988 e estabelece sua lista de crimes, tipificados no Código Penal, e suas penas. Cf. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm. Os autores dos projetos pretendem incluir na lista de crimes hediondos, a eutanásia e o suicídio assistido, além do aborto em qualquer situação.

PL 3207/2008 Miguel Martini (PHS-MG) (Em tramitação, apensado ao PL 4703/1998)	Dispõe que são hediondos os crimes tentados ou consumados de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio (D49, grifo nosso).
--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Acrescentamos ainda que as justificativas apresentadas nas legislações expressam, às vezes, preconceitos e desvalores e até mesmo transparecem “ódio” e certo “ressentimento”, como se pôde verificar no comentário, que é representativo dos projetos contrários à descriminalização, “por atentarem gravemente contra a inviolabilidade do direito à vida, tais crimes **monstruosos e hediondos** estão, por sua vez, a merecer um tratamento penal mais severo a fim de se sancionar de modo mais adequado os infratores e desestimular a sua prática” (D49, grifos nosso). E quem são os supostos infratores? Percebemos que as iniciativas de criminalização, demonstram um flagrante desrespeito aos profissionais de saúde, porque são exatamente esses, os sujeitos aos quais as propostas legislativas são direcionadas. Isto é, apesar de o caráter de universalidade da lei, são os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, mas não só eles, os sujeitos a serem criminalizados. Partem do pressuposto que os profissionais de saúde cometem crimes e que, portanto, precisam de uma lei mais rígida que coloque as suas práticas sob “controle do Estado”. Além disso, não apenas suas práticas eles defendem que precisam ser controladas. Algumas proposições, almejam ainda, silenciar as vozes da sociedade e àqueles que eventualmente usem representá-las. Nesse sentido, por trás do objetivo de qualificar a eutanásia e o suicídio assistido como crimes hediondos, está a intenção de interditar qualquer debate sobre a temática. Logo, pretendem ceifar a capacidade de diálogo e impedir qualquer proposta contrárias aos grupos de interesse.

Tais intenções podem ser constatadas desde a primeira proposição legislativa criminalizadora em que o Deputado Federal ao apresentar um dos projetos de sua autoria¹¹¹ explicitou claramente a motivação de transformar tais práticas de fim de vida em crimes hediondos. Assim ele justificava sua proposição:

¹¹¹ Ligado ao movimento carismático da Igreja Católica, em 2006 o “Deputado Osmânio Pereira (PTB) desistiu da reeleição” pois seu nome estava na lista dos parlamentares no inquérito (CPI) da operação Sanguessugas. Cf. <https://www.camara.leg.br/noticias/90819-conheca-a-acusacao-contra-osmanio-pereira-e-sua-defesa/>. O deputado foi indiciado pela Polícia Federal em agosto de 2009 por participação no esquema de fraudes em licitações para a compra, com dinheiro público, de ambulâncias

(...) Os doentes e idosos, contra os quais não há quem defenda a prática da eutanásia, (...) não somente não têm condições físicas de defesa como estão psicologicamente fragilizados pela doença e a dependência, de modo que, mesmo quando ainda podem declarar sua vontade e consentem na prática da eutanásia, não se pode saber se o fazem com plena lucidez, ou se, levados pelo sofrimento, perderam o instinto inato de preservação. Assim sendo, como muito bem diz o Professor Ives Gandra da Silva Martins em seu trabalho “Fundamentos Natural do Direito Natural à Vida”, ‘o aborto e a eutanásia são violações ao direito natural da vida, principalmente porque exercidos contra insuficientes’. É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda de tais crimes, vedando-se a apresentação de qualquer proposição que pretenda ‘**descriminalizá-los**’ ou legalizá-los (D63, grifo nosso).

Como se percebe, uma vez transformadas tais práticas em crimes hediondos, estaria interdito o debate, pois ficaria vedado a apresentação de qualquer posição contrária, já que se teria “reconhecido” pelo poder legislativo federal brasileiro que tais práticas atentam contra os princípios fundamentais da CRFB, cláusulas pétreas que só podem ser modificadas por uma nova Assembleia Constituinte. Essa era sua intenção já na justificativa do primeiro projeto, o Projeto de Lei Complementar 190/1994, quando defendia que, “é indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda de tais crimes [o aborto e a eutanásia], bem como a inconstitucionalidade de quaisquer leis ou dispositivos que estabeleçam exceções à sua proibição, ou visem, direta ou indiretamente, a sua legalização ou descriminalização” (D.63). Não apenas o próprio diálogo e as discussões – e inclusive a investigação científica sobre a problemática – estariam bloqueados para qualquer possível avanço na construção de valores em sociedade, como poderiam inclusive ser passíveis de interpretações punitivistas que buscam oprimir a liberdade de expressão. A propósito, o Dep. Osmânio Pereira, que perseverou com mais dois projetos (PL 999/1995; PL 5058/2005), não obteve êxito nas suas tentativas até seu último mandato em 2006. Entretanto, os projetos atualmente propostos, seguiram um delineamento semelhante ao dos seus projetos, baseado em ideais conservadores.

superfaturadas, possibilitado pela apresentação de emendas ao Orçamento por parlamentares. Cf. <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/osmanio-pereira-de-oliveira>.

No mesmo sentido de aprofundar a criminalização, o Deputado “Dr.” Talmir atua em várias frentes. Em 2007 apresentou seu projeto para equiparar a pena de eutanásia ao de “auxílio ao suicídio”, conforme o Código Penal. Com base no princípio constitucional do direito à vida, argumentou que “é dever do Estado, portanto, garantir a todos” esse direito, diante do qual “os doentes e os idosos devem ser merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas (...). É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda deste crime, bem como se vedem legalmente quaisquer ações nesse sentido” (D63). Posteriormente, aproveitando-se da comoção pública diante da qual afirmava que “a morte da italiana Eluana Englaro, de 38 anos, em 9 de fevereiro próximo passado chocou o mundo cristão”, apresentou outro projeto (o PL 5008/2009), com o objetivo “proibir a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente” (D56). Por outro lado, entra na disputa em torno da regulamentação da ortotanásia diante da polêmica em torno da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) e sua judicialização. Assim, apresentou o projeto PL 6544/2009 que “dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade”. Se formam assim dois grupos de projetos apensados entre si, e que estão tramitando: 1) aquele que aborda a descriminalização da ortotanásia; 2) e o outro que objetiva tipificar a eutanásia e o suicídio assistido como crime hediondo.

O conjunto de projetos de lei do primeiro grupo, foram apensados ao PL 6715/2009 (substitutivo) – para “congregar as várias proposições em uma única” – que “dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade” (D112). Diz o relator do substitutivo: “analisando os quatro projetos que tramitam em conjunto, é possível verificar grande sintonia entre eles. Todos posicionam-se contrariamente a qualquer alusão à eutanásia”. Por outro lado, associam a ortotanásia aos cuidados paliativos, e a fundamentam – seus limites - nos conceitos de cuidados ordinários e extraordinários. Assim, o projeto substitutivo, mantém a descriminalização da ortotanásia conforme prevista no PL 6544/2009 do Dep. “Dr” Talmir que é transcrito no Art. 4º do “substitutivo” do relator: “havendo manifestação favorável do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida (...) a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a

prolongar artificialmente a vida” (D110). Todavia, acrescenta um inciso em que “a solicitação de limitação ou suspensão dos procedimentos (...) será apresentada pelo médico assistente à junta médica especializada para análise e ratificação ou não da conduta”.

Já o grupo de projetos de crimes hediondos, tramitam em conjunto (apensados) com um amplo rol de propostas antiabortistas, em qualquer situação. Os dois projetos diretamente relacionados com a eutanásia e o suicídio assistido (além daqueles já arquivados) estão o PL 4703/1998 do Deputado Sr. Francisco Silva, cuja preocupação engloba as “matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia” (D31), bem como o PL 3207/2008 do Sr. Miguel Martini, ambos, pretendendo tipificar como crime hediondo, o “induzimento, instigação ou auxílio a suicídio”, no qual se enquadraria também a eutanásia.

Além dos projetos de Lei, dentre aqueles discutidos, que permaneceram em tramitação na Câmara dos Deputados, atualmente, também está em tramitação no Senado Federal o PLS 236/2012, que propõe “a Reforma no Código Penal Brasileiro”, elaborado por “uma comissão de juristas durante sete meses” os quais “incluíram, (...) temas controversos, como o aumento da lista de crimes considerados hediondos, (...) a ampliação das possibilidades legais de aborto (...). O Projeto propõe ainda a possibilidade de se legalizar a ortotanásia, caso o paciente queira, e proibir a eutanásia” (D152). Em relação a esse Projeto de Lei, o Presidente da Mesa no Senado Federal, ao recebê-lo dos juristas, curiosamente, já se expressou contrário a abordagem desses assuntos, alegando que “(...), respectivamente, dos temas da eutanásia, das causas de exclusão de crime nos tipos de aborto e da exclusão de crime por uma questão de consciência e religião não embasam o meu [seu] ponto de vista (...)” (D156).

Em suma, as intenções dos projetos analisados que buscam criminalizar a eutanásia e o suicídio assistido se assemelham quanto a linha argumentativa e provém, todos, como pauta política à conservação dos costumes, interpretados por grupos de interesse. E, nesses casos, a tipificação da eutanásia e do suicídio assistido como crimes hediondos, caso fosse aprovado, bloquearia o debate na sociedade,

inclusive no campo acadêmico. Além disso, as propostas de plebiscito ou consulta popular sobre o tema não mais poderiam ser apresentadas e a sociedade brasileira não opinaria sobre a resolução desses problemas. De fato, trata-se de um movimento conservador, sobre a “pauta dos costumes” que se identificou fortemente liderado também por grupos religiosos, que, ao mesmo tempo, almejam uma liberdade de expressão exclusiva.

Neste âmbito, nos referimos as propostas de legislações que atentam contra o pluralismo moral vigente em sociedade e buscam aprovar leis para o restabelecimento de um único sistema moral, mesclando diferentes valores e, ao longo de um percurso planejado, introjetar seus ideais de concepção de vida e morte. Não podemos deixar de refletir sobre a possibilidade de ingerência e domínio nas diversas áreas, onde haveria apenas uma espectro de ações e manifestações relacionado ao desenvolvimento de cada personalidade que constituiria o seu processo de viver e morrer, de modo que não contrariasse a suposta lei de crimes hediondos, onde tais temas seriam enquadrados.

Tanto se constatou uma interpretação reducionista do conceito de liberdade humana e suas tipificações como se tornou destacável no PL 1089/2015, em que “os líderes religiosos de qualquer denominação poderão ensinar a **doutrina professada** pela sua **igreja**, acerca de qualquer tema, de acordo com os **textos sagrados** por ela **adotados**”, sob o argumento de que, “há uma clara tentativa de parcela minoritária da sociedade brasileira de silenciar as opiniões emitidas por **líderes religiosos**, criminalizando discursos eventualmente por eles proferidos a respeito da sexualidade, aborto, **eutanásia**, prostituição dentre outros temas” (D123, grifos nosso); quando a tentativa de coerção e persuasão se origina em grupos políticos que se proferem religiosos, já que existem ao menos 11 projetos¹¹² de teor semelhante a esse, em defesa da liberdade de expressão religiosa que segmenta as Cláusulas Pétreas da Constituição para interesses particulares de uma minoria da população.

Considerações Finais

¹¹² Conforme se verifica a quantidade projetos apensados a esse, no *site* <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1199299>.

No decorrer da análise de todas as propostas legislativas sobre a eutanásia e do suicídio assistido, e na tentativa de compreendê-los no seu contexto, podemos perceber que houveram propostas, nas décadas de 1980 e início de 1990, de regulamentação da eutanásia – em que pese as limitações – e inclusive com iniciativas de abrir consulta popular sobre a temática. Essas tentativas fracassaram e, nas décadas seguintes até a atualidade, percebemos que o foco passou da eutanásia para a ortotanásia – e os cuidados paliativos –, com projetos que tentam descriminalizá-la. Por conseguinte, surgiu uma disputa em torno da delimitação da ortotanásia, que em linhas gerais significa limitar a prática médica sobre a permissão de interromper tratamentos e procedimentos ao doente terminal; ficando o sujeito, quase sempre em segundo plano, isto é, a autodeterminação da pessoa vem depois da segurança jurídica aos profissionais. Mesmo assim, tais iniciativas, com raras discussões públicas, geraram reações a outros grupos políticos os quais culminaram, nos últimos anos, em forças neoconservadoras radicais - dentre as quais as lideranças religiosas - que se ocupam quase exclusivamente daquilo que se convencionou chamar de “pautas dos costumes”. Dentre as matérias em tramitação, que a “bancada conservadora” quer levar adiante, está a pauta antiabortista, junto da qual, como vimos, está a eutanásia e o suicídio assistido, a serem objeto de crime hediondo. Em suma, o pano de fundo de ação das forças políticas contrárias, está em limitar as liberdades individuais, e impedir mudanças culturais na sociedade.

As disputas políticas são evidentes. Inevitavelmente, tivemos de questioná-las. E, ao fazê-lo, constatamos que a base dos conflitos está no paradoxo das interpretações dos princípios constitucionais no que diz respeito à inviolabilidade da vida e à dignidade humana. Normalmente, os contrários a qualquer mudança que aumente a liberdade de decisão da pessoa nos casos concretos, tomam para si, como inquestionável o princípio da inviolabilidade da vida humana, e transformam o valor da vida como absoluto e acima de todos. Assim, o direito à vida é desvinculado do direito de morrer com dignidade; ao contrário da interpretação jurídica que descriminalizou a eutanásia na Colômbia, segundo a qual o direito a uma vida digna implica no direito de morrer com dignidade (Cf. COLÔMBIA, 2015). Na verdade, são conflitos de valores entre os atores que tem o poder legislativo, os quais buscam fundamentá-los nos princípios constitucionais, interpretados conforme os respectivos valores. Por conseguinte, como afirmam Gianello e Winck (2017, p. 12),

“permanece uma situação paradoxal na realidade jurídica (...) que transparece nitidamente, de um lado o valor da liberdade ou da autodeterminação individual e, de outro lado, o valor da proteção absoluta da vida de alguém, mesmo contra sua própria vontade ou independente da qualidade de vida que a pessoa almeja”.

Diante dessa realidade e do caráter dominante das forças políticas conservadoras, a tendência – a partir da nossa compreensão – é que as práticas de fim de vida sejam cada vez mais criminalizadas, inclusive a ortotanásia e outras práticas no âmbito dos cuidados paliativos. Certamente, haveria um longo trajeto para se conseguir qualquer regulamentação de práticas como a eutanásia e suicídio assistido, mesmo com um ambiente político favorável, aberto ao debate público e a uma democracia participativa. Aliás, essas são condições basilares para a construção de valores sociais. Nesse sentido, todos os países que analisamos obtiveram algum tipo de regulamentação porque se colocam no debate, considerando o pluralismo de ideias e diante da necessidade de analisar os diferentes aspectos que compõe a complexidade da vida humana com as suas peculiaridades. Por conseguinte, as leis e os critérios que adotaram para a realização dessas práticas de fim de vida são construídos de forma a abranger as necessidades e o desenvolvimento moral da sociedade, no respectivo país, sobretudo em garantir o direito a autonomia da pessoa de decidir sobre a própria morte e obter assistência do Estado para morrer com dignidade. De fato, legalizar e regulamentar a eutanásia e o suicídio assistido, não impõe a ninguém uma obrigação, mas tão somente o direito de decisão e o suporte dos serviços de saúde.

No Brasil, apesar do ambiente político e o contexto jurídico ser desfavorável ao direito de morrer com dignidade, não há dúvida de que muitas discussões e diálogos devem ser estimulados na nossa sociedade, para que o cotidiano do processo de morrer seja aquele de viver e morrer dignamente, isto é, para que a morte se concretize de forma digna e que a moralidade do ato de escolha, seja colocado como o foco da discussão sobre a concepção de dignidade humana.

Referências Bibliográficas

ALVES, Daniela; DIAS-COSTA, Eva. The groningen protocol for neonatal euthanasia - our perspective. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 28, n. 4, p. 185-190, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-

07542019000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v28.i4.17482>

AZEVEDO, M. A. O. Eutanásia e suicídio assistido. *In*: João Carlos Brum Torres. (Org.) **Manual de ética**: questões de ética aplicada. Petrópolis, RJ: Vozes; Caxias do Sul, RS, 2014.

BARCHIFONTAINE, C. P. A dignidade no processo de morrer. *In*: BARCHIFONTAINE, C. P, PESSINI, L. (ORGs). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001, p. 283-296.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei nº 4.662 de 1981**: Do Sr. Inocêncio de Oliveira. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/busca/?wicket:interface=:1:2::> Acesso em: 08/05/2015.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação. **Constituição Federal de 1988**: Constituição Federal de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em: 26 jul. 2020

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. [*Código penal (1940)*]. **Código penal e de processo penal** / Marcia Maria Bianchi Prates (Org). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2020b. 265 p. Disponível em: <https://livraria.camara.leg.br/index.php?route=product/product&path=2_5&product_id=323>. Acesso em: 26 jul. 2020

COLOMBIA. Corte Constitucional/República de Colômbia. **Sentencia C-239/97**: Homicídio por piedade, 1997. Disponível em:<<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>>. Acesso em: 20 mar.2017.

COLOMBIA. Ministerio de salud/ Protección Social. República de Colômbia. **Resolución número 00001216 de 2015**. Disponível em:<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf>. Acesso em: 20 mar.2017.

CANADÁ. Government of Canada. **Medical assistance in dying**. [*Internet*]. Atualizado no dia 26 de abril de 2017a. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>>. Acesso em 15 jun.2017.

CASTRO, M.P.R. *et al*. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67.

DW. Deutsche Welle. Alemanha autoriza suicídio assistido se houver vontade do paciente. 25/06/2010. Revisão: Roselaine Wandscheer. **Deutsche Welle**: Kurt-Schumacher-Strasse 353113 Bonn. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/alemanha-autoriza-suic%C3%ADdio-assistido-se-houver-vontade-do-paciente/a-5734089>> Acesso em: 11 fev. 2020.

DEATH WITH DIGNITY. **Take Action in Your State**. States with a death with dignity statute, 2019. Portland, OR97204. Disponível em: <<https://www.deathwithdignity.org/in-your-state/>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

FINLÂNDIA. The National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics ETENE. **Position**: Human dignity, hospice care and euthanasia. 2012. Disponível em: <<https://etene.fi/en/statements-and-opinions-2012>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FERRAZ, O. L. M. Eutanásia e homicídio – matar e deixar morrer: uma distinção moralmente válida? **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 108-114, 2001.

GAUTHIER, Saskia *et al.* Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. **Journal of medical ethics**, v. 41, n. 8, p. 611-617, 2015.

GRACIA, D. Historia de la eutanasia. In: Gafo J. **La Eutanasia y el Arte de Morir**. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, p. 13-32, 1990.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid, 2011.

GERMANY. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection and the Federal Office of Justice. **Strafgesetzbuch (StGB)**. 2019. Ausfertigungsdatum: 15.05.1871. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2019. Disponível em: <<https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/StGB.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

GIANELLO, M.C.; WINCK, D. A eutanásia e sua legalização no Brasil e no mundo. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, v. 2, p. e13949-e13949, 2017.

KUHL, S. The Nazi connection: Eugenics, American racism, and German national socialism. **Oxford University Press**, 2002.

KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS. **Euthanasia Regulations Around the World**, 2017. Disponível em: <<https://ethicslab.georgetown.edu/euthanasia-map/text.html>>. Acesso em: 23 mar.2017.

LEPARGNEUR, H. Bioética da Eutanásia Argumentos Éticos em Torno da Eutanásia. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009.

LULEY, Silvan. 'Suicide tourism': creating misleading 'scientific'news. **Journal of medical ethics**, v. 41, n. 8, p. 618-619, 2015.

LUXEMBURGO. Ministério da Saúde. Ministério da Seguridade Social. **Eutanásia e Suicídio Assistido**: lei de 16 de março de 2009: 25 perguntas, 25 respostas. 2010. Disponível em: <<http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>>. Acesso em: 24 fev.2020

MENON, Sundaresh. Euthanasia: a matter of life or death. **Singapore Med J**, v. 54, n. 3, p. 116-128, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

RACHELS, J.; RACHELS, S. **Os elementos da filosofia moral**. Tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 7º ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM F. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad Saúde Pública**. 2005;21(1):111-9

SCHWARZENEGGER, Christian; SUMMERS, Sarah J. **Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland**. University of Zurich. Faculty of Law, 2005. Disponível em: <<https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-5624-ccd2-ffff-ffffa664e063/assisted-suicide-Switzerland.pdf>>. Acesso em 07 ago. 2018.

WILER, JÜRIG. **Autodeterminazione nella vita e per la morte**. Seconda nuova edizione 2020. Editore: EXIT (Deutsche Schweiz), casella postale, CH-8032 Zurigo. Disponível em: < <https://exit.ch/it/download/>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Artigo 2 – Concepções de práticas em fim de vida, uma construção em distintas realidades: do cotidiano à responsabilidade.

Resumo

A estrutura dinâmica da realidade nas questões éticas e morais que perpassam as práticas dos cuidados em fim de vida na eutanásia voluntária ativa, no suicídio assistido e nos cuidados paliativos, a partir dos projetos de lei apresentados e discutidos, na esfera federal, do Poder Legislativo Brasileiro, originaram o desenvolvimento desse estudo. Com o propósito de elucidar os sentidos e as atribuições expressas ao conjunto paliativo em prática de fim de vida, abordamos as divergências e as convergências referendadas no espaço histórico e temporal vigente e os distinguimos de seus requisitos morais e legais. Tanto a busca de informações relacionada as legislações pertinentes aos países que possuem um ordenamento das práticas em fim de vida foram adquiridas nos referidos *sites* governamentais e institucionais como a seleção dos dados brasileiros se efetivou nos *sites* do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Por sua vez, a ordenação e a codificação dos textos coletados, que totalizaram 193 documentos desde 1981 até 06/09/2020, foram armazenados no *software Atlas Ti 9.0* e analisados com base na proposta hermenêutica dialética. A primeira subcategoria constituiu o *Conjunto paliativo, sentidos e atribuições* através da qual sintetizamos a preocupação dos representantes políticos, nos projetos de lei, em limitar as atuações técnicas dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos, elencando critérios para um ordenamento jurídico restritivo do direito de morrer com dignidade. Em contrapartida, na subcategoria *Instrumentos e mecanismo de ações à inversão da Diretiva Antecipada de Vontade* abrangemos as construções diante do processo de morte em que as estratégias de lidar com as situações de conflito cotidiano e inerentes à vida se transformaram em mecanismo de transposição de valores diante de traços históricos em grupos de interesses. Neste delineamento, detectamos que os projetos de lei foram embasados nas categorias inferiores de uma construção hierárquica de valores, ou seja, os valores vitais; evidenciando a insustentabilidade de suas argumentações ao exercício humano da racionalidade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Direito a Morrer. Regulamentação de Organismos de Política.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Conceptions of end-of-life practices, a construction in different realities: from everyday life to responsibility.

Abstract

The dynamic structure of reality in the ethical and moral issues that permeate end-of-life care practices in active voluntary euthanasia, assisted suicide and palliative care, based on the bills, at the federal level, in the Brazilian Federal Assembly, originated the development of this study. With the purpose of elucidating the meanings and attributions expressed to the palliative set in practice at the end of life, this approach presents the divergences and convergences endorsed in the current historical and temporal space and distinguish them from their moral and legal requirements. The search for information related to the legislation pertinent to the countries that have an end-of-life practice order was acquired in the referred governmental and institutional websites, and the selection of Brazilian data were made in the websites of the National Congress, Federal Senate and House of Representatives. Meanwhile, the ordering and coding of the collected texts, which reached a total number of 193 documents from 1981 of 06/09/2020, were stored in the Atlas Ti 9.0 software and analyzed based on the dialectical hermeneutic. The first subcategory constituted the Palliative Set, meanings and attributions through which we synthesize the concern of political representatives, in the bills, in limiting the technical actions of health professionals in palliative care, listing criteria for a restrictive legal order of the right to die with dignity. On the other hand, in the subcategory Instruments and mechanisms of actions for the inversion of the Anticipated Directive of Will, we cover constructions in the face of the death process in which the strategies to deal with situations of daily conflict and inherent to life have become a mechanism for transposing values before the historical traces of interest groups. In this design, we found that the bills were based on the lower categories of a hierarchical construction of values, that is, vital values; evidencing the unsustainability of his arguments to the human exercise of rationality.

Keywords: Palliative Care. Palliative Care in the End of Life. Right to Die. Regulation of Policy Bodies.

* This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Introdução

As concepções de mundo, juntamente com as fundamentações éticas e morais sobre o processo de viver e morrer, confluem num diálogo sobre a humanidade com ênfase em delineamentos submersos na compreensão de que “os outros não são respeitáveis porque pensam como eu ou possuem crenças iguais às minhas, mas sim por serem outros, outros seres humanos, outros como eu” (GRACIA, 2010, p. 135).

Efetivamente, diante da compreensão de que os Cuidados Paliativos abrangem o processo de morrer e a morte dos seres humanos na sua integração a valores éticos, evidenciando a dignidade humana como princípio, se interpõe a necessidade de refletirmos nos conflitos que, por sua vez, são inerentes à vida humana com os valores circundantes na sociedade e imutáveis. Assim, não podemos confundir os valores com os seus suportes já que os seres humanos se apresentam em um movimento dinâmico de apreensão de realidades e são mutáveis. Diante destes acontecimentos, os seres humanos percorrem um longo caminho de saberes, realidades e responsabilidades, respondendo a si e aos outros seres humanos através de um enfrentamento de seus próprios obstáculos com elementos que, por vezes, se justificaram ao longo da história em variáveis genéticas, psicológicas e comportamentais perante fatores sociais e culturais (instrução, trabalho, habitação, nutrição, entre outros) em um intercâmbio de interesses e privilégios. Nestes aspectos, Gracia (2011), esclarece que a apreensão da realidade do ser humano possui momentos que o estruturam e o descrevem na inteligência senciante em resposta à atividade humana que se projetou na sua existência e o atualizou. Inclusive, a sua relação humana em sociedade que se desenvolve com elementos universais e característicos a todos os seres humanos possui uma análise de parâmetros intransponíveis no campo da ação prática coletiva e individual que interliga as realidades.

Os valores pedem sua realização, mas também sua justificativa com a natureza das coisas e as consequências previsíveis, pois – não se pode deixar de observar através de Zubiri (2011, p. 129) – “para que os conceitos sejam conceitos de realidade, devem apoiar-se intrínseca e formalmente na realidade sentida”. Vale dizer, que “a legitimidade busca que as normas, além de legais, sejam justas, de modo que se consideram ilegítimas todas aquelas que são injustas, por mais que se consideram legalmente promulgadas” (GRACIA, 2016, p. 99).

Se por um lado, não deixamos de considerar que a linguagem dos valores e dos direitos apesar de estarem relacionadas possuem as suas distinções e, necessariamente, um percurso, por outro lado, enfatizamos que as expressões jurídicas de certos valores, colaboram para o delineamento positivo e/ou negativo das ações coletivas e individuais em sociedade. Neste delineamento, observamos a complexidade entre os valores espirituais e seus condicionantes que se estabelecem em valores instrumentais, estéticos, lógicos, jurídicos, sociais, ontológicos, morais e

religiosos. Em outros termos, as características fundamentais que constituem o ser humano estão descritas, ao longo da história, em uma interligação em normas religiosas, jurídicas, sociais e morais que atuam de maneiras diversas no percurso da ação realizada. Por sua vez, ao se voltar à propriedade constitutiva de cada ser humano se constata que a atividade de resposta humana se delinea, gradualmente, na inteligência senciente, ao se assumir os próprios atos diante de si e o outro em interação, mutuamente, humana e, por fim, universal.

Nesta perspectiva, adentramos na construção e exposição dos sentidos e atribuições expressas ao conjunto paliativo em prática de fim de vida, abordando as divergências e as convergências referendadas no espaço histórico e temporal vigente e os distinguimos de seus requisitos morais e legais.

Metodologia

O percurso da pesquisa foi delineado pelos pressupostos epistemológicos da fusão hermenêutica-dialética considerando as diferentes realidades com as suas peculiaridades e contrassensos. Nesta trajetória, que não se esgotou nos textos produzidos, se almejou apreender e compreender um percurso de decisões políticas que envolvem as escolhas e a liberdade das pessoas diante do morrer, bem como as soluções propostas para os conflitos éticos e de valores na distribuição de competências e desenvolvimento humano. Assim se considera o efeito prático oriundo dos valores que tais deliberações políticas constroem na sociedade.

Os 193 documentos que compuseram o acervo documental estão disponíveis nos três sítios (Congresso Nacional, Câmara dos Deputados e Senado Federal), em que o Poder Legislativo – pelo artigo 44 da Constituição Federal de 1988 – é exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e do Senado Federal (BRASIL, 2020). Além disso, foram selecionados, através do mecanismo de busca, por meio das seguintes palavras-chave – "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato" – e incluem projetos de lei, requerimentos, proposições de plebiscito e audiência pública e discursos em plenária desde 1981 até 06/09/2020. Os referidos documentos foram analisados em torno dos projetos de lei e os debates suscitados sobre as práticas em

fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos com a sedação paliativa).

Desse modo, para as fases de *ordenação e classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e organizadas – em codificações - com o auxílio do programa *Atlas.ti 9.0* (*software* utilizado para organização e análise de dados qualitativos) afim de sintetizar o amplo volume de material de acordo com as categorias formuladas na *fase exploratória*, para então realizar a “análise propriamente dita” e a interpretação dos dados na ótica do método hermenêutico dialético, dos conceitos e do referencial teórico delimitados.

Em síntese, exemplificamos que se trata de uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, com análise dos dados na operacionalização proposta por Cecília Minayo (2010) e na ótica da Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer e da Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia (2010; 2011).

Resultados e discussão

Para a interpretação da categoria temática *concepções das práticas em fim de vida, diferenças entre requisitos morais e legais* interligamos duas subcategorias relacionadas aos avanços científicos desenvolvidos no âmbito dessas práticas. Em seguida, as confrontamos com os aspectos, considerados relevantes, de países que possuem normas que garantem, no processo de morrer, a morte com dignidade, bem como ao contexto das discussões do legislativo brasileiro e suas propostas de legislações sobre as práticas de fim de vida.

A primeira subcategoria se constituiu em *Conjunto paliativo, sentidos e atribuições*, através da qual sintetizamos a preocupação dos representantes políticos, nos projetos de lei, em limitar as atuações técnicas dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos, elencando critérios para um ordenamento jurídico restritivo do direito de morrer com dignidade. Em contrapartida, na subcategoria *Instrumentos e mecanismo de ações à inversão da Diretiva Antecipada de Vontade* abrangemos as construções diante do processo de morte em que as estratégias de lidar com as situações de conflito cotidiano e inerentes à vida se transformaram em mecanismo de transposição de valores diante de traços históricos em grupos de interesses.

Visto que o diálogo se manteve na intrincada composição e hierarquia de valores, nos sistemas morais vigentes - que se tornaram concretos diante dos projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação apresentados no Congresso Nacional Brasileiro em práticas de fim de vida - selecionamos as alocuções representativas dos sentidos estabelecidos pelos autores e as identificamos pela letra *D*, originária do termo *documento* juntamente com o seu número de registro que totalizaram 193 documentos.

Conjunto paliativo, sentidos e atribuições.

No biênio 2017 e 2018, o Grupo de Trabalho dos Cuidados Paliativos que foi conduzido pela Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, elaborou as diretrizes gerais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde, constando no artigo 2º da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 a definição de um modelo de atenção específico a ser integrado às linhas de cuidado para preencher as possíveis lacunas existentes.

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, **da identificação precoce, avaliação impecável** e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018, p. 276 grifos nosso).

Nesse documento, podemos detectar uma contínua preocupação em identificar precocemente as condições clínicas da pessoa acometida por uma doença que “ameace a vida”, para que as futilidades diagnósticas e terapêuticas não se tornem preponderante sobre a integralidade dos cuidados.

Por outro lado, inclusão da finitude da vida no cuidado integral, movimentou os padrões de conduta dos profissionais de saúde e na sociedade, que se estabeleceram na tradição e autoridade moral. Nesta perspectiva, o entrelaçamento das melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde conflui para o planejamento e a organização dos cuidados continuados e integrados em rede, juntamente com o desenvolvimento de definições e regulamentações nos códigos

deontológicos das profissões no campo da saúde. Por exemplo, reformulações ao código deontológico dos profissionais de enfermagem foram efetivadas com a Resolução nº 564 de 6 de novembro de 2017, apresentando elementos importantes para a atuação dos profissionais em cuidados paliativos como:

Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades (COFEN, 2017, p. s/n).

Em relação ao código deontológico dos profissionais médicos se verificou que

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2019, p. 28).

Neste percurso de transformações que abrangem muitas categorias profissionais para as ações em cuidados paliativos, constatamos um planejamento nos diferentes níveis de atenção com a existência de articulação e complementaridade nas intervenções a serem propostas, considerando as conexões de vida e morte em fim de vida. Neste âmbito, os efeitos das ações praticadas em cuidados paliativos, vinculados à coerência de critérios estabelecidos em cada categoria profissional mediante uma estruturação do sistema em rede, proporcionaram as possíveis e razoáveis delimitações nas formas de intervenção referentes ao processo de vida em seres humanos.

Ao admitirmos que os profissionais de saúde se movimentam para adquirir conhecimento tecnológico e científico no manejo dos sintomas difíceis que acometem às pessoas em fim de vida, também, precisamos refletir nas transformações de relações humanas no desenvolvimento de uma resignificação social do sofrimento, da dor, da doença e da morte, a partir de quem as vive e acompanha. Neste processo dinâmico, consideramos a inserção das produções textuais elaboradas no âmbito do Poder Legislativo Federal Brasileiro para o exercício das práticas em fim de vida; que,

inicialmente, se despontam para as delimitações no processo de morrer e morte e ao longo das interpretações convergem em características fundamentalistas que visam tanto transcender o desenvolvimento tecnológico e científico em cuidados paliativos como interferir nas atribuições específicas dos profissionais na área da saúde, criminalizando ações em torno de recursos terapêuticos já reconhecidos nos cuidados paliativos. Nesse sentido, afirmam que,

Nas últimas décadas, temos testemunhado o grande avanço tecnológico na área de saúde, o que tem contribuído para o prolongamento da vida por meio de suporte clínico intensivo. De um lado, não se pode negar que os avanços trouxeram benefícios para diversas pessoas com doenças graves. Por outro lado, no entanto, surgiram inúmeros questionamentos no campo da bioética, principalmente no que se refere a temas como a **terminalidade da vida e a autonomia das pessoas em decidir sobre os tratamentos aos quais desejam se submeter**, especialmente daquelas com doença em estágio avançado e sem nenhuma perspectiva de cura (D40, grifos nosso).

Ainda que inúmeras propostas legislativas, conforme alusão realizada a seguir, enfatizem os acontecimentos cotidianos em sociedade diante dos mais recentes avanços científicos e tecnológicos, indagações e questionamentos se sobressaem para a construção de parâmetros e critérios que delimitem a intervenção no processo de morrer, mediante concepções diversas de valores morais. Além disso, a preocupação que sobressai entre os legisladores é que,

Torna-se imprescindível, portanto, estabelecer limites razoáveis para a intervenção humana no processo do morrer. O prolongamento indefinido da vida, ainda que possível, nem sempre será desejável. É factível manter as funções vitais em funcionamento mesmo em casos de precariedade extrema; por vezes, inclusive no estado vegetativo. Todavia, em muitos casos, esse sofrimento e essa agonia são desumanos, indignos e **atentam contra a própria natureza do ciclo da vida e da morte** (D27, grifos nosso).

Neste percurso, também se pôde estabelecer que as produções textuais invocam a dignidade humana e a liberdade da pessoa em sistemas morais para a difusão de concepções de vida, cujos valores vitais e espirituais adquirem uma específica e sucessiva dependência na sua hierarquia destoando dos elementos básicos da estrutura humana. Ao passo que a defesa das ideias apresentadas nas justificativas de inúmeros projetos de lei se embasam nas categorias inferiores de uma construção hierárquica de valores, ou seja, os valores vitais, a insustentabilidade de

suas argumentações se tornaram latente ao exercício humano da racionalidade, conforme representado no segmento selecionado que a seguir descreve a força da constituição de valores vitais, entretanto, distorce a complexidade dos seres humanos nas suas potências para o próprio desenvolvimento humano.

Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, sem qualquer distinção e, portanto, sem distinguir, tampouco, o estágio da vida em que se encontrem, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, **o direito à vida**. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais (D63, grifos nosso).

Como se pode perceber, o princípio constitucional da “inviolabilidade da vida” é interpretado de modo a excluir o debate sobre o direito de morrer com dignidade¹¹³. Todavia, ainda que na conexão da argumentação dos legisladores, muitas vezes, se constate a menção a normas, hábitos, sentimentos, códigos morais, entre outros, torna-se necessário observar que na relação entre uma apreensão da realidade e sua impressão há suscitação, modificação tônica e resposta para o agir com base de autodeterminação na pessoa. Portanto, refletir em “razões bem articuladas para esclarecer por que preferimos alguns valores e não outros, certas teorias e não outras, determinados critérios e não outros” movimentada a própria relação de determinações que, para Cortina e Martínez (2015, p. 259-260), proporcionam “racionalidade, coerência lógica ao fato; no caso da fundamentação da moral, que confira coerência ao âmbito prático”. Como se pode verificar na justificativa do PL 267/2018¹¹⁴:

Na medicina atual, têm adquirido particular importância os denominados “cuidados paliativos”, destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença e assegurar ao mesmo tempo ao paciente **um adequado acompanhamento humano. Neste contexto, entre outros problemas, levanta-se o da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar o doente da dor, quando isso comporta o risco de lhe abreviar a vida** (D157, grifos nosso).

¹¹³ A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) tem o início do seu texto com a exposição dos princípios fundamentais. Logo no Art. 1º, *inciso* III, temos que um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, é precisamente a dignidade da pessoa humana. Em seguida, no Art. 5º, *caput*, assevera a inviolabilidade do direito à vida. Portanto, vida e dignidade humana, são dois pilares fundamentais da CRFB.

¹¹⁴ O projeto de Lei tem como objetivo “dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas”, e “disciplinar a manifestação prévia do cidadão sobre limites terapêuticos em caso de doença grave ou incurável”.

Assim sendo, através da argumentação exposta no referido projeto, com elementos representativos de inúmeras incongruências direcionadas aos cuidados paliativos, se detecta, no movimento dinâmico de realidade – em que o autor do PL se posiciona e representa –, o desenvolvimento próprio na personalidade com o ato elementar da inteligência, tornando demonstrável a apreensão do real como real (medos, ansiedades, precário conhecimento científico, estigmas e tabus, entre outros) em que o próprio percebido (processo de morrer e morte) contém dados efetivos de sua valoração.

Com efeito, a experiência da morte é “um elemento constante de qualquer experiência de vida, há, todavia, uma grande amplitude de variações quanto ao grau de clareza e nitidez que a ideia da morte tem para os homens e quanto ao grau de interesse e atenção que dedicam a este assunto” (SCHELER, 2017, p. 33). Diante dessas variações, os congressistas em plenária assumem distintos posicionamentos, a partir de valores morais e experiências pessoais, para dialogar sobre as questões de fim de vida, tais como

Sou um homem extremamente católico, religioso, mas acredito **ser falta de piedade**, quando não há mais recursos e soluções, prolongar-se **a vida artificialmente**. Tive um caso em família, quando minha própria mãe passou 11 meses em sofrimento, ligada à máquina e sem solução. Isso é falta de piedade. Temos que pensar muito seriamente sobre essa situação e temos que tomar uma decisão de coragem, mas penso que, artificialmente, não se deve prolongar o sofrimento de um ser humano (D147, grifos nosso).

Mesmo que os tipos de realidades sejam diversos, isto é, “não são idênticas a realidade de uma coisa material e a realidade de uma pessoa, a realidade da sociedade e a realidade da moral”, é preciso destacar que “a realidade não significa apenas o que é real para além do percebido, mas também o que é real no próprio percebido” (ZUBIRI, 2011, p. 125-126). Dessa forma, traços característicos da estrutura humana se tornam passíveis de serem descritos e definidos em normas jurídicas e morais para legitimar determinados modos e processos de morrer. Por outro lado, a constituição de uma moralidade se torna nítida ao se identificar o movimento assumido na vitalidade e liberdade humana interligada às bases humanas essenciais. Assim, tornou-se frequente a identificação de elementos textuais, como podemos verificar a seguir, direcionados a interesses e privilégios que desconsideram

os próprios determinantes de uma pessoa como pessoa, isto é, autodeterminada e responsável.

(...) decorre de uma situação de enfermidade ou de um acidente, da seguinte forma: a) se entende por **situação terminal** aquela em que **o paciente apresenta** uma enfermidade avançada, incurável e progressiva, sem possibilidade razoável de resposta a tratamento específico, com prognóstico de vida limitado a semanas ou meses quando **deve ser realizada assistência paliativa específica**; b) **se entende por situação de agonia** [profissionais de saúde] a fase gradual que precede a morte e que se manifesta clinicamente por uma deterioração física grave, debilidade extrema, transtornos cognitivos e de consciência, dificuldade de ingestão e prognóstico vital de poucos dias (D40, grifos nosso).

Com efeito, ao conseguirmos constatar o envolvimento de uma linguagem moral na construção de argumentos e seus fundamentos, nas diferentes realidades, se tornam demonstráveis a própria razoabilidade no agir humano. Do mesmo modo, constatamos que as disputas morais transcendem em acirrados embates de domínio e ingerência arquitetados pelos interesses de grupos que até o momento usufruíam - e por vezes ainda usufruem - de uma posição de privilégio e comando moral através dos resquícios históricos vigentes em sociedade. Além disso, as estratégias reconhecidas como válidas para solucionar os conflitos éticos e morais cotidianos, que são inerentes a vida, foram se reduzindo a outros interesses corporativos, conforme explanação realizada em uma das proposições que “dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde”¹¹⁵

Segundo a proposição, para a declaração da vontade do paciente ser reconhecida pelos profissionais de saúde e pelos serviços de saúde, o documento deverá estar expresso em escritura pública sem conteúdo financeiro, lavrada em cartório competente. Além disso, **somente os cuidados que apenas visam a retardar o processo natural de morte poderão ser alvo das disposições sobre interrupção de tratamento nas diretivas antecipadas de vontade, vedando-se a recusa a tratamentos paliativos**. Dessa forma, cremos que ficam assegurados o respeito à autodeterminação da pessoa – em consonância com o princípio da dignidade humana, tutelado constitucionalmente como princípio fundamental da ordem

¹¹⁵ PLS 149/2008 “estabelece a possibilidade de toda pessoa maior e capaz declarar, antecipadamente, o seu interesse de se submeter ou não a tratamentos de saúde futuros, caso se encontre em fase terminal ou acometido de doença grave ou incurável”.

jurídica brasileira – e os cuidados básicos indispensáveis para garantir uma morte digna ao paciente (D150, grifos nosso).

Como se pode perceber, há uma ingerência no princípio constitucional da dignidade humana em favor de uma sobreposição do valor da vida como absoluto. Nesta perspectiva, as interpretações oferecidas aos valores morais e princípios integrantes ao desenvolvimento humano estabelecem critérios incoerentes à assistência ao processo de morrer e a morte, incidindo de forma negativa nas “(...) condições básicas que permitem ao indivíduo encontrar, desenvolver e manter sua identidade e individualidade na autodeterminação” (GERMANY, 2020, p. 3). Por outro lado também encontramos uma abrangência de conceitos sobre o processo de fim de vida em inúmeros projetos de lei, com elementos que os definem, por exemplo, a proposta de estabelecer a “capacidade do paciente de se autodeterminar segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou influência subjugante (...)” (D73), inclusive, na “ (...) manifestação livre, voluntária e consciente do paciente, em pleno uso de suas faculdades, depois de receber informações adequadas que lhe permita decidir com clareza a respeito do que afeta a sua saúde, de não se submeter a determinados processos em função de suas convicções e valores pessoais (...)” (D40). Todavia, se tais manifestações parecem conceitualmente corretas, percebemos que elas ocultam visões particulares de mundo que se quer impor à sociedade, pois nas entrelinhas dos projetos de leis se sobressai a ingerência nas práticas de fim de vida eticamente aceitas. Por conseguinte, em algum momento, as práticas em fim de vida que perpassam os cuidados paliativos e os instrumentos já estabelecidos administrativamente para a sua efetivação, se transformarão em construções autoritárias em que se reveste a concepção de morte com uma única regra moral. Definitivamente, diante da morte os valores vitais não podem ser concebidos como mais importantes do que a liberdade, a autonomia e pôr fim a dignidade humana, pois, no momento em que se ponderam as circunstâncias dos fatos, necessariamente, se transcende para o processo deliberativo sobre os diferentes projetos de vida de cada pessoa. Nesta antítese, se analisam os fatores que tendem para a defesa de preservar a “vida”, condicionando outros valores (religiosos, morais, culturais ou simplesmente biológicos, como a dor ou o deterioramento físico) e contrapondo com a concepção de vida estabelecida pela pessoa e sua família. Ao contrário,

Manter a personalidade de alguém na autodeterminação exige que o indivíduo **possa controlar sua vida em seus próprios termos e não seja forçado a viver** formas que são fundamentalmente irreconciliáveis com suas ideias de personalidade e identidade pessoal (GERMANY, 2020, p. 3, grifos nosso).

Em outros termos, o desenvolvimento da personalidade – que requer a possibilidade de autodeterminação – se refere aos aspectos básicos de cada existência humana, incidindo na identidade e na individualidade dessa pessoa como nenhuma outra decisão. “Portanto, o direito a uma morte autodeterminada não se limita ao direito de recusar, por vontade própria, tratamentos de manutenção da vida” (GERMANY, 2020, p. 04). Mas não é isso o que os autores dos projetos e seus aliados defendem. Ao contrário, a preocupação deles está em controlar possíveis “brechas” no nosso ordenamento jurídico, que deve buscar evoluir, neste caso, para que não se permita o avanço dos movimentos de relativização da vida” (D75). Nessa direção de atuação, procuram transferir ao conjunto paliativo, restrições para que os procedimentos, até o momento, considerados lícitos - como a sedação paliativa - se convertam em ilícitos, retirando do exercício interno e externo dos valores morais da pessoa, a sua capacidade de escolha; como se pode perceber também, no projeto atualmente em tramitação para a “descriminalização” da ortotanásia. Consta no texto:

Havendo solicitação do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, pelo médico assistente, **após deliberação da junta médica especializada** (D112, grifos nosso).

Assim, ao se verificar o desenvolvimento de manifestações estagnadas de meras forças de conservação e interesses particulares e de alguns grupos, verificamos que as interconexões propostas serviriam apenas para reconduzir ou retroceder o próprio desdobramento histórico a um certo nível de desenvolvimento já transformado e superado, nas mais diversas realidades. Por conseguinte, do mesmo modo que os projetos de lei se referem a uma incessante tentativa de impor limites na intervenção de um processo de morrer e morte, para uma legislação específica, constatou-se uma estruturação de parâmetros e critérios que divergem dos aspectos principais oriundos de seus mecanismos de implementação aos cuidados paliativos que transparecem nos textos a seguir.

(...) Entendemos ser apropriada e necessária a aprovação de uma **norma de nível legal** que disponha sobre os direitos dos pacientes nos serviços de saúde, para aumentar a segurança jurídica e a qualidade do atendimento, além de prover **maior proteção às pessoas hipossuficientes** e garantir a previsibilidade da relação jurídica entre pacientes, serviços e profissionais de saúde (D40, grifos nossos).

Ainda que haja **normas infralegais** sobre o tema, pela sua importância e essencialidade, cremos ser necessário um **diploma legal nacional** que **regulamente** o direito dos pacientes com doenças graves, em fase terminal de vida, de receber assistência médica adequada que lhes garanta uma morte digna, livre de dor, e que lhes proporcione o maior bem-estar e conforto possíveis, tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos serviços privados (D129, grifos nossos).

Neste dinâmico movimento de proposições legislativas, a intrincada composição e hierarquia de valores nos sistemas morais expostos, fragmentam a organização e o compartilhamento de normas legais e morais para um efeito compensatório de inclinações de preferências em que o desafio se manteve no retorno às conexões básicas pertencentes à estrutura humana.

Na seção seguinte, enfatizaremos as atribuições dirigidas às Diretivas Antecipadas de Vontade a partir dos projetos de lei e como se preparam a transposição de instrumentos notoriamente reconhecidos para um mecanismo de interpretações de ideias em que os destaques fluem em grupos representativos que valoram um retorno à ingerência e ao domínio diante do outro no processo de tomada de decisão em fim de vida.

Instrumentos e mecanismo de ações à inversão da Diretiva Antecipada de Vontade.

Ao detectarmos uma nítida bifurcação na compreensão da legitimidade de valores jurídicos e valores morais para o desenvolvimento das ações em cuidados paliativos, decidimos retornar aos conceitos e construções científicas assimiladas e desenvolvidas no Brasil. Com efeito, identificamos a Diretiva Antecipada de Vontade, descrita na Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 do Ministério da Saúde, em seu Art. 4º como um dos “princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos”. Além disso, constatamos uma abordagem para o processo de morrer e a morte como parte integrante da vida conectado a aspectos técnicos e conhecimento

científico em congruência com a ética e a moralidade das pessoas envolvidas em cada situação de terminalidade, como segue:

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo; XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV (BRASIL, 2018, p. 276).

Neste contexto, podemos interpretar que o desenvolvimento dos cuidados paliativos segue um percurso que inclui os aspectos essenciais que compõem a vida de uma pessoa, ou seja, a sua biografia de vida, construindo modos de consolidar as escolhas em espaços de autonomia e autodeterminação, destacando a dignidade humana e sua liberdade, que deve estar intrinsecamente relacionados. Na mesma direção, constatamos inúmeras justificações de projetos de lei que apresentam uma interrelação para esse delineamento, sendo representativa a seguinte argumentação do PLS 149/2008:

Inúmeros países contam com legislação desse tipo, a exemplo dos Estados Unidos da América, da Argentina e de diversos países da Comunidade Europeia, como Espanha, Itália, Portugal, Suíça e Holanda. Assim, é necessário colocar o Brasil em consonância com a tendência mundial de garantir, por meio de lei, a possibilidade de o **paciente manifestar**, e ter **respeitada**, a sua **vontade**, antecipadamente ao aparecimento ou ao agravamento de uma **enfermidade grave**, indicando expressamente a quais **tratamentos concorda** ou **recusa** se submeter, ou mesmo nomeando um **representante** para decidir por ele em caso de se tornar incapaz (D148, grifos nosso).

Todavia, as arguições destoam para a construção de critérios limitantes na manifestação da vontade em fim de vida, restringido o processo de tomada de decisão na própria finitude, conforme destacado em distintos projetos de lei e, notadamente se destaca no texto do relator do respectivo projeto citado, diz ele:

A manifestação de vontade do declarante, ao elaborar as suas diretivas antecipadas de vontade, deverá explicitar os cuidados, tratamentos e procedimentos que aceita, sendo-lhe, porém, **vedado**: I - **recusar cuidados paliativos, notadamente quanto ao controle de sintomas**; II - realizar pedido de morte assistida; III - realizar disposições de caráter patrimonial; IV - manifestar-se acerca da autocratela e da tomada de decisão apoiada (D150, grifos nosso).

É lícito aos profissionais de saúde a não observância das diretivas antecipadas de vontade nas seguintes situações, com o devido registro no prontuário do paciente: I – quando justificadamente **não houver conhecimento** de sua existência; II – em situações de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, quando o acesso a elas implicar demora no atendimento e, conseqüentemente, **risco para a saúde ou a vida do declarante**; III – quando estiverem em evidente desatualização em relação ao progresso dos meios terapêuticos (D157, grifos nosso).

Disso podemos inferir que, antes que a pessoa em sua constituição humana possa captar os elementos que a subsidiam para um processo de tomada de decisão, harmonizando as suas formas e seus conteúdos na ordenação dos valores que atendem aos seus diferentes aspectos primordiais de existência em sociedade e venham a manifestar-se, outros seres humanos, através de suas valorações, a interrompem na tentativa de impor os seus condicionantes valorativos sobre a vida e a morte. Como também se tornou possível verificar através da seguinte argumentação aludida em uma emenda que se refere às alterações propostas no Código Penal Brasileiro em que faziam alusão ao processo de autodeterminação e responsabilidade em fim de vida.

Na realidade, a matéria relativa aos pacientes em estado terminal de enfermidade já vem sendo debatida no Congresso Nacional há bastante tempo, inclusive com a realização de audiências públicas. Daí tem resultado o aperfeiçoamento de projetos de lei que vêm sendo aprovados, tanto no Senado como na Câmara, afastando a prática da eutanásia **e acolhendo e disciplinando os “cuidados paliativos” a serem sempre garantidos**, até mesmo em respeito aos direitos constitucionais da vida, da saúde e da dignidade da pessoa humana, bem como os direitos do idoso (...). Por todos esses motivos e porque o paciente em estado terminal de enfermidade deve ter reconhecidos e aplicados seus direitos, constitucionais e legais, e não ser facilitado o ato de matá-lo, deve ser suprimido o art. 122, do PLS 236, de 2012, renumerando-se os artigos subseqüentes (D 151, grifos nosso)¹¹⁶.

¹¹⁶ Com essa recomendação, foi excluído a flexibilização da pena para eutanásia da proposta original do projeto de reforma do Código Penal, formulada por um grupo de juristas, e acrescentado a proposta da Ementa nº 01 que propõe que, “no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a pessoa em estado terminal ou com doença grave irreversível, não há crime quando o agente deixar de fazer uso de meios extraordinários, desde que haja consentimento da pessoa ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão” (Cf. PLS 236, de 2012).

Neste âmbito, as diferenças na construção das diretivas antecipadas de vontade, tais como o testamento vital e o mandato duradouro, precisam estar esclarecidos para que não sejam utilizados como mecanismos de interferência e imposição de ideias autoritárias em sociedade, considerando que os princípios e conceitos básicos relacionados aos cuidados paliativos possuem o seu espaço determinado nas construções científicas na área da saúde com responsabilidade mútua entre os seres humanos. Como afirma Diego Gracia:

De fato, toda a teoria do consentimento informado tem aqui a sua base. O que essa doutrina afirma, é que o paternalismo da época naturalista já não é algo com que se possa contar e que em princípio, e salvo exceções, **ninguém pode agir no corpo de outra pessoa sem informá-la disso e receber dela autorização**. O restante é pura e simples agressão física, por mais que tenha por objeto procurar para a pessoa algo que o profissional considere um benefício (GRACIA, 2010, p. 447, grifos nosso).

Neste delineamento, adentramos especificamente às questões relacionadas ao processo de morrer e morte, onde foram identificados muitos embates para a sua aplicação, principalmente, diante de conflitos éticos e morais mais dilacerantes para uma deliberação moral. Na verdade, ao mesmo tempo em que se elaboravam instrumentos para se solucionar, de maneira razoável, os problemas do cotidiano - com a descrição e registro de especificidades nas atuações dos profissionais de saúde - diante das manifestações de vontade da pessoa acometida por uma doença crônica e com prognóstico limitado em cuidados paliativos, distorções e interpretações escusas foram se disseminando nas instâncias do poder legislativo. Encontramos assim, em alguns projetos de lei, aspectos importantes e essenciais na diferenciação dos instrumentos que se tornaram evidentes, tais como

O documento de **instruções prévias de vontade** é um **documento sanitário declaratório**, particular, que deverá ser feito por escrito, assinado pelo autor, na presença de duas testemunhas, todas em pleno gozo de suas capacidades civis e cognitivas, devendo as assinaturas ser reconhecidas, na forma da lei e o documento identificar civilmente o autor e as duas testemunhas (D40, grifos nosso).

Por outro lado, essas mesmas declarações prévias de vontade do paciente em fim de vida, quando realizadas para a equipe de saúde e registradas em prontuário, tomaram proporções avassaladoras em que a sua construção se tornou em uma

disputa de interesses particulares, reduzindo a autodeterminação da pessoa acometida por uma doença em processo de fim de vida, tornando-a mero coadjuvante de suas liberdades adquiridas.

Testamento vital, assim considerado o documento no qual uma pessoa manifesta sua vontade, explicitando os cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais deseja ou não ser submetida nas **situações previstas** no caput **deste artigo** (D150, grifos nosso).

O testamento vital consiste em uma **declaração na qual a pessoa**, com plena capacidade de decisão, **pede** que não se **prolongue a sua vida artificialmente** quando, por qualquer motivo (doença irreversível, acidente etc.), essa pessoa se veja, necessariamente, levada à morte. O consentimento dado *a priori* pode apresentar problemas, posto que a pessoa pode mudar de opinião com o transcurso do tempo. Porém, esta dificuldade pode ser evitada com a ratificação periódica do documento. Superado este problema, o testamento vital deve ser eficaz sempre que se considere que foi emitido sem a existência de **algum vício capaz de invalidá-lo**. O indivíduo **delega a decisão final** ao médico, a seus familiares ou a terceiras pessoas, já que, neste caso, o indivíduo geralmente não possui mais sua capacidade de decisão (D143, grifos nosso).

Tais requisitos também podem se estender ao mandato duradouro. Esse instrumento, por sua vez, é aquele em que a pessoa acometida por uma doença crônica e com prognóstico limitado nomeia “um ou mais ‘procuradores’, que deverão ser consultados pelos médicos em caso de [sua] incapacidade, definitivos ou não, quando estes tiverem que tomar alguma decisão sobre recusa de tratamento” (DADALTO, 2015, p. 91, grifos da autora). Neste aspecto, a autora aponta uma definição importante que inverte a relação de prioridade à pessoa, em sua construção de vida e morte, delimitando as interferências ao fim de vida. Todavia, ao vincular que, “às disposições de recusa e/ou aceitação de cuidados e tratamentos (...), para serem válidas perante o ordenamento jurídico brasileiro, o paciente não poderá dispor acerca da recusa dos cuidados paliativos” (DADALTO, 2015, p. 182), evidencia a própria dificuldade imposta à pessoa em deliberar sobre a dignidade no seu processo de morrer que lhe é inerente à própria vida. Disposições semelhantes foram desveladas nos textos dos projetos de lei em que há uma construção maior de obstáculos do que soluções para tais restrições, tais como

Havendo manifestação favorável do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida, atendido o parágrafo único deste artigo, a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida. Parágrafo único. A **limitação ou suspensão** de que trata o *caput*, sempre fundamentada e registrada no prontuário, será submetida a **análise médica revisora**, conforme venha a ser definido em regulamento (D110, grifos nosso).

Em resumo, avaliamos que muitas discussões e diálogos devem ser estimulados na sociedade brasileira para reivindicar o direito de morrer com dignidade, isto é, para que a morte seja consolidada de forma digna; pois será considerada digna pela pessoa que a contempla, ou seja, a pessoa é quem não deseja uma morte com sofrimento, torturas, bem como a degradação e a deformação do seu corpo. Assim, características essenciais que estão na sua própria apreensão da realidade compõe o seu ser social para um processo de vida e morte em que a dignidade se funde na biografia de cada pessoa e essa biografia de vida é construída no seu próprio movimento dinâmico do cotidiano.

Considerações Finais

Ao submeter a pessoa ao princípio da inviolabilidade da vida como regra absoluta, negando-lhe a redução de dependências da força vital que se realiza na liberdade para a sua autodeterminação e responsabilidade, se sobrecarrega todo o sistema moral em questão, modificando, na sua personalidade, as distinções e preferências nos valores vitais e espirituais. Por sua vez, os valores vitais com a sua força se tornam de maneira falaciosa o cerne da estrutura hierárquica de valores, retirando a potência de que o “homem é o único ser que tem o privilégio de se comportar asceticamente em face da vida, já recalçando e reprimindo os próprios impulsos vitais, já recusando-lhes as representações e imagens perceptivas de que eles se alimentam” (HESSEN, 1980, p. 208).

Tais cuidados, refletem na abordagem de situações complexas que se apresentam num limite tênue entre a noção de vida e morte para cada pessoa, bem como a relevância moral dos atos. Nesse sentido, Scheler (2012, p. 95) exemplifica que “(...) qualquer que seja o sentido filosófico que se dê a esta palavra [vida]; existe,

por conseguinte, toda uma categoria de valores e de atos de apreensão dos valores que são independentes dos valores e dos atos vitais”.

Referências Bibliográficas

BERLINGUER, G. **A bioética quotidiana**. Prima Edizione Digitale. Firenze: Giunti S.p.A. 2010.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>. Acesso em: 05 nov.2020.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Legislação**. Constituição Federal de 1988: Constituição Federal de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em: 26 jul. 2020

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília-DF: **Conselho Federal de Enfermagem**. 2018. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>>. Acesso em: 08 nov.2020.

CORTINA, A; MARTÍNEZ E. **Ética**. Tradução Silvana Cobucci Leite; 6º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / **Conselho Federal de Medicina** – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 06 ago.2020.

DADALTO, L. Testamento Vital. 3º Ed. São Paulo: Atlas, 2015.

GERMANY. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection and the Federal Office of Justice. **Bundesverfassungsgericht**: Criminalisation of assisted suicide services unconstitutional. Press Release No. 12/2020 of 26 February 2020. Disponível em:< <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/EN/2020/bvg20-012.html>>. Acesso em: 07 mar.2020.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. 1ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2010.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid, 2011.

GRACIA, D. *et al.* **Ética y ciudadanía**: 1- construyendo La ética. Madrid: PPC, 2016.

HESSEN, J. **Filosofia dos Valores**. Tradução: Cabral de Moncada. 5º ed. Coimbra: Armênio Amado, Editor, Sucessor; 1980.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. 1ª Ed. Madrid: Triascatela, 2011.

SCHELER, M. **Morte e Sobrevivência**. Tradução: Carlos Morujão. Lisboa/Portugal: Edições 70: janeiro de 2017.

SCHELER, M. **Da reviravolta dos valores**: ensaios e artigos. Tradução, introdução e notas de Marcos Antônio dos Santos Casa Nova. 2º ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária, 2012.

ZUBIRI, X. **Inteligência e Realidade**. Prefácio: José Fernández Tejada. Tradução: Carlos Nougué. São Paulo: É Realizações Editora, Livraria e Distribuidora Ltda, 2011.

Artigo 3 – Suicídio Assistido, Eutanásia Voluntária Ativa, Ortotanásia e os Cuidados Paliativos: um panorama das discussões no Poder Legislativo Federal Brasileiro.

Resumo

No âmbito das propostas legislativas evidenciamos distintas formas de contextualizações quanto ao caráter e intenção de suas possíveis regulamentações nas práticas de fim de vida, sendo que as diversas associações realizadas pelos senadores e deputados aos cuidados paliativos (os projetos legalistas) e a eutanásia (os projetos criminalistas) revelaram elementos da intrincada construção de valores que interligam os seres humanos, principalmente, na dimensão moral. Neste delineamento, a análise se manteve na categoria temática *desafios e obstáculos no percurso de delimitações referentes as práticas de fim de vida, no contexto brasileiro, entre os Cuidados Paliativos e a ortotanásia*. Assim, para as subcategorias ponderamos os avanços científicos desenvolvidos no âmbito das práticas de fim de vida, bem como o confronto de aspectos considerados relevantes nas legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade, destacando elementos importantes inseridos nos decursos tracejados por meio das manifestações de deputados e senadores no processo de diálogo e embates sobre a temática. Visto que averiguamos uma construção efetivada mediante o avanço das doenças incuráveis e das tecnologias que permitem prolongar a vida, podendo também ocasionar a distanásia ou obstinação terapêutica; analisamos as práticas de fim de vida, na eutanásia voluntária ativa, no suicídio assistido e na ortotanásia. Ao destacarmos também a existência em tramitação de diferentes concepções relacionada a ortotanásia, definição desenvolvida no contexto brasileiro, objetivamos compreender o percurso das decisões políticas que envolvem as possibilidades de escolhas e liberdade das pessoas entre o direito à vida e o direito de morrer com dignidade. Inclusive, para a ordenação e a codificação dos dados coletados, de 1981 até 06/09/2020, utilizamos o *software Atlas Ti 9.0* que contribuiu para o armazenamento do acervo documental a fim de uma análise mais precisa e embasada na proposta hermenêutica dialética. Nesta perspectiva, identificamos uma disputa política pelos deputados e senadores – no Legislativo Federal Brasileiro – que posicionam os seres humanos como meros instrumentos para respaldar os seus interesses, seja individual ou de um grupo ao qual estão interligados. Dessa forma, assinalamos a temerária impressão de que os cuidados paliativos estão a serviço para a prática da distanásia e os valores morais, os princípios éticos e suas intencionalidades que fundamentam tais discursos não possuem motivos – que não sejam interesses políticos – se assim fosse, afirmamos que a ortotanásia sequer faria sentido.

Palavras-chave: Eutanásia. Suicídio Assistido. Eutanásia Ativa Voluntária. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Regulamentação de Organismos de Política. Fatores Políticos.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Assisted Suicide, Active Voluntary Euthanasia, Orthothanasia and Palliative Care: an overview of the discussions in the Brazilian Federal Assembly.

Abstract

Within the scope of legislative proposals, we highlight different forms of contextualization regarding the character and intention of their possible regulations in end-of-life practices, with the various associations made by senators and deputies to palliative care (legalistic projects) and euthanasia (projects criminalists) revealed elements of the intricate construction of values that interconnect human beings, mainly in the moral dimension. In this design, the analysis remained in the thematic category challenges and obstacles in the course of delimitations regarding end-of-life practices, in the Brazilian context, between Palliative Care and orthothanasia. Thus, for the subcategories we consider the scientific advances developed in the scope of end-of-life practices, as well as the confrontation of aspects considered relevant in the laws of countries that have rules for the process of dying and dying with dignity, highlighting important elements inserted in the dashed courses through the manifestations of deputies and senators in the process of dialogue and clashes on the theme. Since we have verified a construction carried out by advancing incurable diseases and the technologies that allow us to prolong life, it can also cause dysthanasia or therapeutic obstinacy; we analyzed end-of-life practices, active voluntary euthanasia, assisted suicide and orthothanasia. By also highlighting the existence in progress of different conceptions related to orthothanasia, a definition developed in the Brazilian context, we aim to understand the path of political decisions that involve people's choices and freedom between the right to life and the right to die with dignity. In fact, for the ordering and coding of the collected data, from 1981 to 06/09/2020, we used the Atlas Ti 9.0 software, which contributed to the storage of the documentary collection in order to make a more precise analysis based on the dialectical hermeneutic proposal. In this perspective, we identified a political dispute by the deputies and senators - in the Brazilian Federal Assembly - who position human beings as mere instruments to support their interests, either individually or in a group to which they are interconnected. Thus, we point out the reckless impression that palliative care is at the service of the practice of dysthanasia and the moral values, ethical principles and their intentionalities that underlie such discourses have no reasons - other than political interests - if so, we affirm that orthothanasia wouldn't even make sense.

Keywords: Euthanasia. Assisted Suicide. Voluntary Active Euthanasia. Palliative Care in the End of Life. Regulation of Policy Bodies. Political Factors.

* This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Introdução

A abordagem sobre doenças com prognóstico limitado no processo de morrer e morte, ainda, possui muitos obstáculos a serem enfrentados devido a uma concepção que interliga as doenças com a dor e o sofrimento que, por sua vez, seriam intrínsecos ao processo de morrer e que proporcionam o ocultamento do tema *morte* para que não seja nominado.

Para Barchifontaine (2001, p. 284) no Brasil, “vivemos numa sociedade que nega a morte. Assim, a sociedade de consumo proclama: para saber viver bem, esqueça que você deve morrer. A morte, como fim da vida é totalmente inaceitável”. Se por um lado, alguns seres humanos buscam uma tentativa de desafiá-la com todas as técnicas de próteses, enxertos, banco de órgãos, prolongação por meio de obstinação terapêutica, por outro lado os conflitos de valores se tornam ‘torturantes e duvidosos’ para um processo de deliberação de soluções razoáveis e prudentes aos problemas éticos que resultam no ato concreto de práticas terapêuticas. Assim, na medida em que o acesso a este desenvolvimento técnico e científico aumenta, surgem problemas relativos ao seu uso pelos profissionais de saúde, especialmente quando podem interferir na vida e na morte de pessoas em fase final de vida, devido a uma doença em estágio avançado e irreversível. Antecipar a morte dessas pessoas, ou prolongar inutilmente suas vidas, ou deixá-las morrer no seu tempo, são traduzidos em termos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, respectivamente.

Materstvedt *et al.* (2003) definem a eutanásia voluntária ativa como: “um médico intencionalmente mata uma pessoa pela administração de drogas, diante de uma solicitação voluntária e competente dessa pessoa”. Certamente é um conceito baseado em legislações de eutanásia voluntária ativa que delegam ao médico tal prática. Por outro lado, Siqueira-Batista e Schramm (2005), ressaltam que a *distanásia* – também identificada com a denominada *obstinação terapêutica* – está contraposta à eutanásia a qual tem como interfaces tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina – capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades para salvar grande número de vidas – quanto o arcaico desejo humano de superar a morte.

No meio termo, segundo Pessini (1997), teólogo bioeticista e grande defensor desse ideal não como alternativa, mas como única opção, afirma que na ortotanásia cuidar-se-ia do combate a distanásia, isto é, deixa-se de prolongar a vida inutilmente para que a morte ocorra no tempo certo pela ortotanásia

Como descrito por Barchifontaine (2001, p. 287), o termo “eutanásia” passou por uma evolução semântica ao longo dos séculos. Seu significado etimológico (do grego *eu*, “boa”, e *thanatos*, “morte”) é morte boa, sem dores e angústias. Esse era o significado do termo para o estoicismo, que aceitava que o sábio podia e devia assumir sua própria morte quando a vida não tivesse mais sentido para ele. Essa era a postura de Sêneca. De fato, na Grécia Antiga, tratava-se certamente da opção que a comunidade dispunha para minimizar sofrimentos e promover a “boa morte” – diante dos escassos recursos tecnológicos e científicos disponíveis para o tratamento terapêutico e a cura de doenças.

Em contrapartida, nos dias de hoje, com o desenvolvimento da ciência se tornou perceptível a impossibilidade da cura para todas as doenças e o ser humano continua mortal, retomando a discussão e delimitação da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido. Inclusive, com os avanços no campo da saúde, a vida de uma pessoa acometida por uma doença pode ser prolongada em quantidade, independentemente de sua qualidade ou até mesmo da vontade ou não de se vivê-la.

Quando falamos em prolongar a vida, é possível questionar os critérios utilizados nas unidades de terapia intensiva (UTI) as quais dispõem das mais sofisticadas “tecnologias duras” que podem manter “viva” uma pessoa doente. O desenvolvimento das UTI movimentou, novamente, o debate sobre a eutanásia, que se manteve, inicialmente, como sinônimo de “desligar os aparelhos” para deixar que a pessoa acometida por uma doença sem possibilidade de cura e em condições sofríveis tenha a plenitude de sua morte. Entretanto, vem se desenvolvendo no Brasil, mais recentemente, a antiga modalidade assistencial para pessoas acometidas por uma doença degenerativa e em fim de vida, conhecida como cuidados paliativos. É exatamente nesta modalidade de assistência, que a questão da eutanásia se apresenta com maior frequência, seja porque é vista por muitos como uma alternativa aos pedidos de eutanásia que legalmente não podem ser atendidos, seja pelos limites

tênuas entre muitas ações dos cuidados paliativos – tais como, a sedação paliativa – e a prática da eutanásia.

De fato, o limiar entre a vida e a morte de uma pessoa acometida por uma doença em estágio avançado e em fase final de vida é repleto de indagações e questionamentos onde os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com questões éticas relacionadas com o final da vida humana e realizar cuidado integral, voltado ao processo de morrer e a morte. É com esta finalidade que se está desenvolvendo os cuidados paliativos, os quais, em 2002 foram redefinidos pela Organização Mundial da Saúde como

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (FOLEY, 2005, p. S44).

Os objetivos dos cuidados paliativos são tornar a pessoa acometida pela doença o mais confortável possível e promover uma qualidade de vida satisfatória do seu ponto de vista com participação de sua família. Essa compreensão vem ao encontro da integralidade da assistência em saúde, ou seja, uma assistência guiada pela autonomia da pessoa doente e seus familiares. Em outros termos, ao direito de se ter assistência adequada na finitude da vida acrescenta-se, mediante os cuidados paliativos, o direito humano de se viver os últimos tempos de vida com qualidade e, portanto, de se morrer com dignidade. Nesta direção, partindo da concepção que o ser humano em fim de vida tem o “direito de morrer com dignidade” é que a bioética contemporânea tem debatido duramente (TABOADA, 2016).

O ato de cuidar, no processo de morrer e na morte, “trata da realidade mais insofismável do ser humano. Portanto, morrer com dignidade, assistido corretamente em todas as instâncias do [Sistema Único de Saúde] SUS é tão importante como receber os cuidados necessários para preservar a saúde e prosseguir na jornada sempre finita e provisória” (MINAYO, 2013, p. 2484). Entretanto, nem sempre é possível propiciar o alívio do sofrimento e favorecer a morte com dignidade, requerida pela pessoa doente ou familiares mediante os cuidados paliativos, podendo ser tornar explícito o pedido de eutanásia pelas pessoas acometidas por doença avançada e em fase final de vida com a busca de um pedido para pôr fim ao sofrimento, e morrer com

dignidade. Assim se caracteriza, quando é um pedido consciente e que se repete por certo tempo, com argumentações fundamentadas em valores intrínsecos e vivências, em que a própria pessoa considera a vida insuportável e expressa de forma nítida e responsável que a degradação física do seu corpo bem como, psíquica e espiritual, tenham ocasionado já uma morte em vida, sem dignidade e sentido de existência.

O fato de o desenvolvimento desta modalidade de cuidado evidenciar, cada vez mais, as situações em que a eutanásia, de algum modo, implícita ou explicitamente vem à tona, tem levado muitos países a legislar e delimitar as situações e condições na qual a eutanásia voluntária ativa seja aceitável, sem prejuízo dos cuidados paliativos. No caso da Bélgica, por exemplo, segundo Pessini (2010, p. 549) os cuidados paliativos funcionam como um “procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia a partir de pacientes competentes e em fase final de vida”. Sendo assim, o cuidado em fim de vida exige reflexão ética para que as situações extremas possam ser analisadas e deliberadas; pois, não podemos ignorar diante do respeito à autonomia e autodeterminação de uma pessoa, seu direito à vida – como princípio constitucional brasileiro (BRASIL, 2020) – e o reconhecimento de sua morte em condições dignas. Taboada explicita que,

Muitos dos autores que defendem o direito a uma ‘morte digna’, entendem que este inclui o direito de dispor da própria vida mediante a eutanásia ou o suicídio assistido, baseando-se no respeito à liberdade individual e autodeterminação da pessoa. Afirma-se assim, que nada teria o direito de impor a obrigação de seguir vivendo a uma pessoa que, em razão de sofrimento extremo, já não o deseja (TABOADA, 2000, p. 93).

Inclusive, nos países em que a prática da eutanásia voluntária ativa foi estabelecida com requisitos legais para a morte digna, a pessoa acometida por uma doença degenerativa e em estágio avançado – diante do sofrimento insuportável e incontrolável – possui assegurado o seu processo de tomada de decisão no fim de seu ciclo de vida, podendo optar pela eutanásia voluntária ativa, o suicídio assistido, bem como os cuidados paliativos. Com efeito, a intenção e a concretização do ato, apesar de derivarem da relação da pessoa acometida por uma doença que a solicita e o profissional de saúde que se dispõe a realizá-la, nos países onde a eutanásia voluntária ativa é descriminalizada e possuem os seus limites regulado por lei, se

define em um ato público, no sentido de que é controlado pelo Estado através de critérios previamente estabelecidos (HOLANDA, 2017).

Enfatizamos que, concomitante ao aumento do acesso aos cuidados paliativos e seu aprimoramento, torna-se latente a necessidade de se discutir a prática da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido com conhecimento ético e axiológico bem como, a apreensão de tais conhecimentos pelos profissionais de saúde, especialmente, aqueles que atuam em cuidados em fim de vida. Noutros termos, é essencial a reflexão ética a partir dos fatos, dos valores e dos deveres que envolvem as práticas em fim de vida, tais como a sedação paliativa, a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido, não apenas pelos profissionais de saúde – diretamente relacionados à questão – mas por toda a sociedade e, particularmente, pelos representantes políticos, haja vista que o debate deve ser canalizado para definições legais sobre tais práticas e não simplesmente sua criminalização, como vem ocorrendo no Brasil, conforme analisamos.

De acordo com Materstvedt *et al.* (2003), a eutanásia e o suicídio assistido são duas das questões éticas e morais mais complexas e desafiadoras no campo dos cuidados em saúde, atualmente. Os autores afirmam que “em todo o mundo algumas alterações importantes relativas à eutanásia e ao suicídio assistido vêm correndo” (MATERSTVEDT, *et al.* 2003, p. 97). Por exemplo, no norte da Austrália em 1996, pela primeira vez na história, um governo democrático promulgou uma lei que fez tanto a eutanásia como o suicídio assistido, atos legais sob determinadas condições. Em 1997, o suicídio assistido (mas não a eutanásia) foi legalizado no estado de Oregon (EUA). Em abril de 2001, o parlamento holandês fez as mudanças necessárias no código penal para tornar legal, em certas circunstâncias, a eutanásia e o suicídio assistido. Em 16 de maio de 2002, a Bélgica acompanhou o exemplo Holandês, votando no parlamento a legalização da eutanásia. Apesar de muitos países europeus demonstrarem resistência à legalização da eutanásia, há um amplo debate sobre o tema com as associações profissionais representativas de médicos, enfermeiros e outros, bem como as organizações de cuidados paliativos (MATERSTVEDT *et al.*, 2003).

Como sabemos, é moralidade comum, universal, a proibição de cessar a vida de uma pessoa inocente. Todas as sociedades proíbem. “A proibição de matar está

entre as regras morais mais importantes” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 16). Contudo, todas as sociedades abrem exceções à regra; normalmente, permitindo que se interrompa a vida em determinadas situações, ou seja, “(...) poucas pessoas acreditam que seja *sempre* errado matar – a maioria das pessoas pensam que há exceções, como a de matar em autodefesa” (RACHELS; RACHELS, 2013, p. 16, grifo do autor). Noutras palavras, na história da humanidade nunca foi consenso moral a permissão para cessar a vida de pessoas inocentes, em determinadas situações, como por exemplo, para salvar outras pessoas¹¹⁷ ou diante de uma situação de forte sofrimento por doença em estágio avançado e sem possibilidade de cura, isto é, interromper a vida de outrem mediante justificativas racionalmente aceitáveis. Entretanto, não apenas a razão é mobilizada quando enfrentamos a questão, como afirma Menon (2012, p. 116), “(...) quaisquer que sejam nossas inclinações políticas, religiosas ou morais - o debate sobre a morte assistida continua sendo uma questão irreduzivelmente humana”.

Nesta perspectiva, abrangemos os seguintes questionamentos, como os deputados e senadores no legislativo brasileiro estão discutindo sobre as práticas de fim de vida? Quais as suas ações políticas em torno das temáticas da eutanásia voluntária ativa, do suicídio assistido e da ortotanásia? Como os cuidados paliativos estão sendo associados ou dissociados dessas práticas de fim de vida? Diante desses questionamentos, o objetivo desse texto se manteve em compreender o percurso das decisões políticas que envolvem as possibilidades de escolhas e a liberdade das pessoas entre o direito à vida e o direito de morrer com dignidade. Ocupar-nos-emos neste artigo, sobre a ortotanásia e como ela têm sido discutida pelos deputados e senadores – no Legislativo Federal Brasileiro – sendo relacionada, de um lado, com os cuidados paliativos e, de outro lado, distinguida da eutanásia e do suicídio assistido enquanto questões que têm sido objeto de discussões e de defesas a favor ou contra sua descriminalização e/ou legalização, mesmo que em determinadas condições.

¹¹⁷ O exemplo de Rachels e Rachels (2013), sobre a possibilidade de consenso, é o caso do Bebê Theresa que nasceu anencéfalo e seus pais doaram os órgãos, mas a lei da Flórida não permitia a retirada dos órgãos antes da morte do doador e os anencéfalos não se adequavam aos requisitos técnicos de morte cerebral. Para os autores, em geral é errado matar uma pessoa para salvar outra, mas não sempre. Se a definição de morte fosse reformulada para incluir os anencéfalos, o argumento a partir da incorreção de matar seria desafiado.

Metodologia

Para refletir acerca da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido no contexto brasileiro, realizamos também um estudo nos países onde a prática é regulamentada a fim de desenvolver uma pesquisa exploratório descritiva de abordagem qualitativa, seguindo as etapas de operacionalização da abordagem proposta por Minayo (2010): 1) elaboração de categorias analíticas; 2) ordenação e classificação dos dados; 3) leitura horizontal e transversal dos projetos de leis e suas justificativas e pareceres, e 4) análise final/relatório.

A busca de informações relacionada as legislações pertinentes aos países que possuem um ordenamento das práticas em fim de vida foram adquiridas nos referidos *sites* governamentais e institucionais, sendo que a seleção dos dados brasileiros se efetivou nos *sites* do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Os documentos foram localizados através do mecanismo de busca, por meio das seguintes palavras-chave: "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato".

Para as fases de *ordenação e classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e organizadas com o auxílio do software de organização e análise de dados qualitativos *Atlas.ti 9.0*, a fim de sintetizar o amplo volume de material. Na *fase exploratória* elaboramos as categorias analíticas, sendo objeto de discussão nesse artigo *Os desafios e obstáculos no percurso de delimitações referentes as práticas de fim de vida, no contexto brasileiro, entre os Cuidados Paliativos e a ortotanásia*. Visto que a construção efetivada com o avanço das doenças incuráveis e também das tecnologias que permitem prolongar a vida, podendo ocasionar a distanásia ou obstinação terapêutica; bem como o surgimento dos cuidados paliativos, buscamos analisar as práticas de fim de vida, na eutanásia voluntária ativa, no suicídio assistido e na ortotanásia (essa última, definição construída no contexto brasileiro). Por sua vez, a “análise propriamente dita” e a interpretação dos dados foram realizados na ótica do método hermenêutico dialético – como um “caminho de pensamento” (MINAYO, 2010) – em que os conceitos juntamente com os referenciais teóricos delimitados, nos permitiram compreender elementos importantes inseridos

nos decursos tracejados por meio das manifestações de deputados e senadores no processo de diálogo e embates sobre a temática.

Visto que o diálogo se manteve na intrincada composição e hierarquia de valores, nos sistemas morais vigentes, que se tornaram concretos diante dos projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação em práticas de fim de vida, selecionamos as alocações representativas dos sentidos estabelecidos pelos autores e as identificamos pela letra *D*, originária do termo *documento* juntamente com o seu número de registro que totalizaram 193 documentos.

Resultados da pesquisa e discussões

Para a interpretação da categoria temática os *desafios e obstáculos no percurso de delimitações referentes as práticas de fim de vida, no contexto brasileiro, entre os Cuidados Paliativos e a ortotanásia* interligamos subcategorias relacionadas aos avanços científicos desenvolvidos no âmbito das práticas de fim de vida e as confrontamos com os aspectos considerados relevantes nas legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade, bem como destacamos elementos importantes inseridos nos decursos tracejados por meio das manifestações de deputados e senadores no processo de diálogo e embates sobre a temática.

Ao mesmo tempo que consideramos as divergências e convergências nas atribuições e participações de um processo legislativo, buscamos respeitar o Regimento Comum do Congresso Nacional no fluxo de funcionamento de suas Casas Legislativas (Câmara dos Deputados e Senado Federal), através dos artigos 134 e 142, explicitando alguns encaminhamentos importantes.

Art. 134. O projeto de lei, aprovado em uma das Casas do Congresso Nacional, será enviado à outra Casa, em autógrafos assinados pelo respectivo Presidente.

Parágrafo único. O projeto terá uma ementa e será acompanhado de cópia ou publicação de todos os documentos, votos e discursos que o instruíram em sua tramitação.

Art.142. Os projetos elaborados por Comissão Mista serão encaminhados, alternadamente, ao Senado e à Câmara dos Deputados (BRASIL, 2019, p. 27-28).

Inclusive, um prévio levantamento de dados em ambas as Casas Legislativas foram efetivadas para identificar os projetos de lei que permaneceram nas respectivas Casas Legislativas, respeitando o seu regimento interno¹¹⁸. Dessa forma, se averiguou de maneira distinta os três sítios¹¹⁹, para a investigação de informações direcionadas as práticas em fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos), abarcando os textos referentes às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas que ocorrem no Congresso Nacional, bem como as informações relativas ao exercício das demais atribuições, exercidas pela Câmara dos Deputados e Senado Federal de forma articulada ou privativa através das expressões de busca, anteriormente, mencionadas e que foram digitadas no campo de busca em cada portal.

Neste âmbito, se considerou através da Constituição Federal Brasileira, atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020, as informações mencionadas na Seção VII (Das Comissões) que delinham o Congresso Nacional e as suas Casas através de comissões permanentes e temporárias, sendo “constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação” (BRASIL, 2020, p.40).

Visto que nos regimentos mencionados se denomina proposição legislativa toda a matéria submetida à apreciação da Câmara dos Deputados, do Senado ou do Congresso Nacional se assinalaram as duas espécies, efetivamente, que impulsionam um processo legislativo, “(...) as propostas de emenda à Constituição e os projetos, esses últimos admitindo ainda três subespécies: *de lei, de decreto legislativo e de resolução*” (PACHECO; RICCI, 2017, p. 28, grifos dos autores).

¹¹⁸ Link do Regimento Interno da Câmara dos Deputados: <<https://livraria.camara.leg.br/regimento-interno-21>>. Link do Regimento Interno do Senado Federal: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/regimento-interno#>. Link do Regimento Comum do Congresso Nacional: <<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>.

¹¹⁹ O sítio do Congresso Nacional apresenta o conteúdo relativo às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, em que as informações relativas ao exercício das demais atribuições, que são exercidas por suas Casas Legislativas, se encontram em seus respectivos sítios: <www.congresso.leg.br>, <www.senado.leg.br>, <www.camara.leg.br>.

Ao passo que Santos, Nóbrega Netto e Sá Carneiro (2019, p. 45) caracterizaram que “cada uma dessas Casas é, de maneira singular, dotada de autonomia política e orçamentária e detém, dentre outras, competência privativa para dispor sobre sua organização e funcionamento” se averiguou também as atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, disponibilizadas no portal do Congresso Nacional, compondo o Poder Legislativo Federal.

Como resultado para análise, no âmbito do portal na Câmara dos Deputados¹²⁰ foram identificados um total de trinta e dois Projetos de Lei, sendo um Projeto de Lei Complementar e um Projeto de Decreto Legislativo de 1981 até o dia 06/09/2020 e, no Senado Federal encontramos dezesseis projetos de lei de autoria dos senadores, acrescentando um projeto de lei da Câmara dos Deputados e um projeto de lei de conversão com o acesso aos registros a partir de 1996. Desses projetos, excluímos para a análise desta categoria temática as propostas de lei específicas de cuidados paliativos¹²¹, permanecendo um resultado de dezenove projetos de lei¹²², no período de 1981 até o dia 06/09/2020, tendo o escopo à eutanásia, o suicídio assistido e a ortotanásia. Neste último, abordamos um limiar tênue que, em alguns projetos de lei, foram associados aos cuidados paliativos, e que advertiram à necessidade de um diálogo.

Neste delineamento, dentre os documentos analisados, observamos não apenas a diversidade na hierarquia de valores e princípios éticos sobre as práticas em fim de vida, entre os proponentes e, por conseguinte na sociedade brasileira, mas também a forma ou disposição em se discutir ou não a questão. Nesse sentido, admitimos que os textos demonstraram que se obteve, nesse período, de um lado uma abordagem sobre a eutanásia e o suicídio assistido que, às vezes, suscitaram audiências públicas, seminários, pronunciamentos, entre outros e, de outro lado, um

¹²⁰ Link com conteúdo explicativo relacionado ao processo legislativo: <<https://www.camara.leg.br/entenda-o-processo-legislativo/>>.

¹²¹ Foram encontrados dezesseis projetos de lei direcionados exclusivamente aos cuidados paliativos, desde o escopo de estabelecer o Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos até as Diretivas antecipadas de vontade.

¹²² Há uma nota no sítio de busca da Câmara dos Deputados, advertindo que “as informações anteriores a 2001, ano de implantação do sistema e-Câmara, podem estar incompletas”. Diante desta ressalva, salientamos que a busca inicial que fizemos, com o intuito de definir a amostra de pesquisa, referiu-se ao conteúdo disponível *online*.

grupo de projetos e ações que versam sobre a ortotanásia, por vezes sendo associada aos cuidados paliativos (ou debatida no âmbito desse) e distinguida da eutanásia; questões essas que discutimos a seguir.

Contexto jurídico da ortotanásia e da eutanásia no Brasil e os cuidados paliativos.

No Brasil, a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido nunca foram legislados com as devidas distinções e as suas interfaces de práticas para o fim da vida de um ser humano que sofre, enquanto a ortotanásia é apresentada como alternativa e sendo associada, muitas vezes, aos cuidados paliativos. Apesar dos debates oriundos dos acontecimentos da vida cotidiana nas práticas em fim de vida, constatamos que os processos legislativos, que se interligam aos temas contêm distintos percursos e disputas políticas, no âmbito da democracia representativa, que

(...) derivam diretamente da Constituição Federal. É nela que se define quem está autorizado a apresentar ao Congresso Nacional as propostas e projetos de lei; qual o quórum, ou número mínimo de parlamentares, necessário para aprovar ou rejeitar uma proposta; por qual Casa Legislativa, Câmara ou Senado, deve ser iniciada a tramitação de um projeto; qual o destino daqueles já aprovados numa delas, entre outras” (PACHECO; MENDES, 2018, p. 14).

Como consequência, à sociedade em geral, tem-se atribuído apenas um papel de expectador das raras discussões e a tramitação dos poucos projetos que abordam as questões de fim de vida; enquanto algumas categorias profissionais e instituições, geralmente de acordo com seus respectivos interesses, exercem influência direta nas decisões dos legisladores, segundo as atribuições e participações de um processo legislativo. De fato, as práticas de fim de vida, são muito pouco discutidas pela sociedade em geral e às vezes se restringem a específicos ambientes. Daí a necessidade de se conhecer os debates em torno de propostas legislativas pelos políticos representantes do povo, apesar de que nenhuma forma de regulamentação legal até hoje se efetivou.

Por sua vez, muitas menções ao artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) são referendadas, onde “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à

segurança e à propriedade(...)", conectando em alguns momentos aos seus segmentos que o compõe, tais como "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante" (BRASIL, 2020a, p.2). Inclusive, aludindo a outros princípios fundamentais, cláusulas pétreas da Constituição, interpretações que justifiquem as possíveis razões provenientes ao direito à vida, tais como a dignidade da pessoa humana, a cidadania e muitos outros (BRASIL, 2020a).

Com efeito, o Art. 1º da CRFB, tem como um dos fundamentos: **"a dignidade da pessoa humana" e dentre os "Direitos e Garantias Fundamentais", "a inviolabilidade do direito à vida, a liberdade" e que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante"** (BRASIL, 2020, p. 01, grifos nosso). Portanto, tal como ocorreu com a legalização da eutanásia voluntária ativa na Colômbia, a interpretação deveria ser que o "direito fundamental a viver de forma digna implica o direito fundamental de morrer com dignidade" (COLOMBIA, 2015)¹²³. Do mesmo modo em Gianello e Winck, (2017, p. 13) vamos encontrar o seguinte esclarecimento referente ao contexto brasileiro, "(...) se infere do texto constitucional, que o princípio da inviolabilidade da vida não é superior aos demais; muito pelo contrário, tem-se como princípio norteador da Lei Maior o da dignidade da pessoa humana".

No ponto de vista de Barchifontaine (2010, p. 284, grifo nosso), o princípio da dignidade humana se fundamenta,

Na própria natureza da espécie humana, a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projeto de autorrealização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e **não instrumentalização da pessoa**. Essa autorrealização pessoal, que seria o objeto e a razão da dignidade, só é possível mediante a solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie.

Sendo assim, necessariamente, a composição de uma moralidade precisa se tornar transparente no seu espaço-temporal em todos os meios sociais para que se possa

¹²³ Conforme a decisão da Corte Constitucional através da sentença C-239 de 1997, que exigiu ao Congresso da República a expedir a regulação respectiva e o Ministério da Saúde e Proteção Social a emitir a diretriz para que as instituições cumpram o direito (COLOMBIA, 2015).

desenvolver a vitalidade e a liberdade humana na interligação de bases humanas essenciais.

Além disso, observa-se que a criminalização da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido se efetivou anteriormente à CFRB de 1988, corroborando aos questionamentos sobre sua constitucionalidade diante do movimento dinâmico na construção de valores em sociedade e as relações na assistência à saúde no processo de morrer e morte. Em outros termos, no Código Penal, em vigor desde o ano de 1940, a eutanásia é considerada crime de homicídio privilegiado com a diminuição de pena quando o “agente comete o crime impelido por **motivo de relevante valor social, ou moral**”, conforme descrito no §1º artigo 121 do Código Penal. Em sua tipificação como crime em qualquer hipótese se verificou também que, dependendo das circunstâncias, a conduta do agente pode configurar-se como crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, como consta no artigo 122 da referida Lei (BRASIL, 2020b, p. 29-30, grifos nosso).

Diante da interpretação predominante, é evidente o conflito entre os direitos fundamentais apresentados e descritos na Constituição Brasileira no que se refere à eutanásia voluntária ativa e ao suicídio assistido, bem como no Código Penal, pois ao mesmo tempo que se antevê uma “inviolabilidade da vida humana” entra em baila o direito à dignidade da pessoa humana. Portanto, se a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido são criminalizados, no Brasil, a interpretação simultânea dos princípios fundamentais faz com que outras práticas de fim de vida - que não interrompam a vida por meio de ação deliberada - sejam possíveis, tais como a ortotanásia, os cuidados paliativos e a respectiva sedação paliativa. Nesse sentido, Castro *et al.* (2016, p. 361) opinam que a “ortotanásia (por vezes utilizada como sinônimo de ‘eutanásia passiva’) é bem assegurada pela Constituição, pois visa garantir morte digna ao paciente terminal, que tem autonomia para recusar tratamentos desumanos e degradantes”. Ainda assim, o que mais encontramos foram as controvérsias sobre as definições de ortotanásia, a qual, por vezes é associada à eutanásia; fato que tem resultado em várias iniciativas de projetos legislativos para “descriminalizá-la”, conforme discutimos mais adiante.

No âmbito das propostas legislativas, encontramos três diferentes contextos quanto ao caráter e intenção das propostas de regulamentação das práticas de fim de

vida: num primeiro período que vai da década de 1980 até meados de 1990, houveram tentativas declaradas a favor da legalização e regulamentação da eutanásia; num segundo período, a partir da segunda metade de 1990, o debate decompôs o seu enfoque para a ortotanásia e se bifurcou entre aqueles que a defendem como remédio contra a distanásia (mas também como segurança jurídica aos profissionais e instituições) e outros que buscam criminalizar o suicídio assistido e a eutanásia voluntária ativa, *em todos os casos* (tal como é referido nos projetos), isto é, com margem para enquadrar no crime a ortotanásia e até mesmo procedimentos de cuidados paliativos como a sedação paliativa. Nesta perspectiva, apresentamos no formato de quadros, uma sequência de esquemas visuais de propostas legislativas com os seus respectivos textos explicativos que se relacionam a ortotanásia, bem como as diversas associações realizadas pelos senadores e deputados aos cuidados paliativos (os projetos legalistas) e a eutanásia (os projetos criminalistas).

Dentre os projetos de lei que propunham a legalização da eutanásia, sistematizados no Quadro 1, verificamos que foram apresentados no período de 1981 até 1996 e excluíam o suicídio assistido; pois, explicitamente, se encontra tipificado no Código Penal, ao contrário da eutanásia que está interpretada e caracterizada como crime de “homicídio privilegiado”.

Quadro 1: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PL 4662/1981 Dep. Inocêncio Oliveira (PDS-PE). Arquivado.	Permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares.
PL 732/1983 Dep. Inocêncio Oliveira (PDS-PE). Arquivado.	Mesmo teor do PL 4662/1981: “Art. 1º. É permitido ao médico assistente o desligamento dos aparelhos médicos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de uma medicação que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de

	vida sofrível, em comum acordo com os familiares”.
PL 1989/1991 Dep. Gilvam Borges (PRN-AP). Arquivado.	Dispõe sobre a prática da eutanásia, nas circunstâncias que especifica.
PDC 244/1993 Dep. Gilvam Borges (PMDB-AP). Arquivado.	Convoca plebiscito sobre eutanásia.
PLS 125/1996 Dep. Gilvam Borges (MDB-AP). Arquivado.	Autoriza a prática a morte sem dor nos casos em que especifica.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Por outro lado, a partir de um período de transição (e confrontação) das propostas sobre a temática, as tentativas de qualificação da eutanásia e do suicídio assistido como crime hediondo¹²⁴ (enrijecimento da criminalização), foram identificadas nos seguintes projetos do Quadro 2.

Quadro 2: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos grifados com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PL 190/1994 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivado)	Por serem perpetrados contra seres humanos sem condições de se defender, a interrupção voluntária da gravidez e a eutanásia são crimes hediondos contra a vida, em todos os casos , não sendo permitida a apresentação de proposições que visem legalizá-las ou descriminalizá-las (D135, grifos nosso).

¹²⁴ Crimes hediondos são aqueles que atentam contra os princípios fundamentais da CRFB, conforme o Art. 5 “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Assim, a Lei dos Crimes Hediondos regulamenta o Inciso XLIII do Artigo 5 da Constituição Federal de 1988 e estabelece sua lista de crimes, tipificados no Código Penal, e suas penas. Cf. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm. Os autores dos projetos pretendem incluir na lista de crimes hediondos, a eutanásia e o suicídio assistido, além do aborto em qualquer situação.

PL 999/1995 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivado)	Define a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso (D125, grifos nosso).
PL 4703/1998 Dep. Francisco Silva (PPB-RJ) (Em tramitação)	Dispõe que são hediondos os crimes tentados ou consumados de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio , e o aborto provocado por terceiro com ou sem o consentimento da gestante (D49, grifos nosso).
PL 5058/2005 Dep. Osmânio Pereira (PSDB-MG) (Arquivada)	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso (D63, grifos nosso).
PL 2283/2007 Dep. “Dr. Talmir” (PV-SP) (Arquivada)	Dispõe sobre a equiparação da eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo (D17, grifos nosso).
PL 3207/2008 Dep. Miguel Martini (PHS-MG) (Em tramitação, apensado ao PL 4703/1998)	Dispõe que são hediondos os crimes tentados ou consumados de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio (D49, grifos nosso).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Além dessas propostas que tem como objetivo enrijecer a criminalização e aumentar a pena para a eutanásia e o suicídio assistido, identificamos outros três projetos de lei que, apesar de não abordarem diretamente a prática, tem a intenção de coibir e controlar, por outros meios, as referentes práticas, conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos grifados com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PL 5022/2013 Dep. Onofre Santo Agostini (PSD-SC) Arquivada.	Dispõe sobre a instalação de câmeras de segurança nos hospitais públicos e privados em todas as unidades da Federação para coibir a prática de desrespeito e agressividade de alguns enfermeiros, médicos e

	auxiliares de saúde com pacientes de UTIs (D59, grifos nosso).
PL 518/2020 Dep. Diego Garcia (PODEMOS-PR) Em tramitação.	Institui o dia 22 de janeiro como dia de Homenagem à Vida Humana, desde a concepção temas. Justifica que a liberalização da eutanásia e do suicídio assistido clamam por atenção e urgência, é necessário homenagear a vida e defender a inviolabilidade do direito à vida em toda a sua plenitude e em todas as circunstâncias (D66, grifos nosso).
PL 580/2020 Deputada Chris Tonietto (PSL-RJ) Em tramitação.	Prevê a aplicação da extraterritorialidade incondicionada aos crimes dolosos contra a vida, quando o agente for brasileiro ou domiciliado no Brasil. Justifica que há um fluxo cada vez mais crescente de pessoas viajando para outros países para dar fim às suas vidas; na Suíça, por exemplo, onde o suicídio assistido é permitido de forma indiscriminada (D75, grifos nosso).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Como se percebe, as propostas se entrelaçam num único projeto político de criminalização, ampliando o alcance jurisdicional do “crime hediondo”, proporcionando ao Estado “vigiar” diretamente as práticas profissionais, bem como criando meios propagandísticos para disseminar e concretizar na sociedade, a “nova” ordem de valores que, para tais políticos, deveriam ser seguidos, por todos, por força de lei. Todavia, uma discussão mais aprofundada sobre os projetos específicos sobre a eutanásia e o suicídio assistido, realizamos no artigo intitulado *Práticas de fim de vida: uma análise bioética dos projetos legislativos discutidos na esfera federal do Poder Legislativo Brasileiro*. Nas próximas linhas, fizemos uma análise sobre a ortotanásia e as diversas associações realizadas aos cuidados paliativos pelos deputados e senadores.

Da eutanásia à ortotanásia: a mudança de escopo nas propostas dos legisladores.

Os cinco projetos restantes dentre os dezenove que mencionam a eutanásia, fazem referência aos cuidados paliativos e a ortotanásia com uma interconexão à eutanásia, no sentido de confundir ou distinguir tais práticas, dependendo dos interesses que estavam a sustentar as propostas. Sobre esses projetos discutimos detalhadamente, pois seus propositores ao mesmo tempo que são contrários à eutanásia e ao suicídio assistido, se utilizam do termo ortotanásia em sentidos

diferentes daquele que conhecemos, bem como divergentes entre os diferentes projetos que propõem a sua legalização ou criminalização. Assim, apresentamos a lista de projetos em tramitação no Quadro 4 e, em seguida, adentramos as discussões.

Quadro 4: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PLS 116/2000 Sen. Gerson Camata (MDB-ES)	Propõe alterar o Código Penal para excluir de ilicitude a ortotanásia.
PL 3002/2008 Dep. Hugo Leal (PSC-RJ) e Otávio Leite (PSDB-RJ)	Propõe regulamentar a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.
PL 5008/2009 Dep. “Dr.” Talmir (PV-SP)	Proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente.
PL 6544/2009 Dep. “Dr.” Talmir (PV-SP) e Miguel Martini (PHS-SP)	Dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade, permitindo a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida submetida, após submetida a análise médica revisora.
PL 6715/2009 Sen. Gerson Camata PMDB/ES (Atualmente em tramitação, substitutivo dos projetos: PLS 116/2000, PL 3002/2008, PL 5008/2009 e PL 6544/2009)	Propõe alterar o Código Penal, para excluir de ilicitude a ortotanásia. Deixa de constituir, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Como se percebe, de certo modo, todos os projetos justificam que os cuidados paliativos e a ortotanásia, são alternativas às interferências no “valor da vida”; logo, são contrários à eutanásia e ao suicídio assistido. No caso da ortotanásia, implicitamente, o interesse maior parece ser o de limitar, ou ampliar a autonomia

médica sobre a decisão de manter ou interromper um tratamento, conforme a posição do autor do projeto. De fato, a discussão sobre a legalização da ortotanásia entrou no legislativo brasileiro após a regulamentação dela – como prática médica – pelo Conselho Federal de Medicina, quando em 2006, elaborou a Resolução nº 1805/2006 com a qual autorizava a prática da ortotanásia. Tal resolução diz no seu Art. 1º que é permitido ao médico “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CFM, 2006). Entretanto, logo após sua publicação, em 2007, a resolução foi alvo de judicialização através de Ação Civil Pública impetrada pelo Ministério Público Federal, o qual questionou sua validade e constitucionalidade do ato médico do procedimento autorizado pelo CFM, sendo que o juiz concedeu liminar aceitando a tese de infração à CRFB e “suspendendo os efeitos da resolução”¹²⁵. Em 2010 a liminar foi cassada pela 14ª Vara da Justiça Federal de Brasília, em que o juiz, na sua sentença, chegou “à convicção de a resolução, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto” (Cf. CFM, 2010). Dentre os pontos do despacho – que o, então, Presidente do CFM profere consta que “agrega valor à referida resolução” – está o fato de “entender que a ortotanásia (tema central da ação civil) se insere num contexto científico da Medicina Paliativa” e que apesar da decisão pela sua validade, o “CFM e os CRMs acompanharão a tramitação no Congresso Nacional dos projetos que descriminalizam a ortotanásia no Código Penal” (CFM, 2010). Tendo em vista que “o Código Penal Brasileiro não acompanha a evolução da medicina. Mesmo que apoiada no veredito do paciente e da Resolução do CFM, a opção pela ortotanásia pode gerar inúmeros problemas ao médico, inclusive a cassação do seu registro profissional, o CRM”, sendo “fundamental para medicina e para aqueles que sonham com um fim digno a revisão do nosso Código Penal” (CFM, 2014).

Como se vê, na ocasião o foco das discussões já havia deixado de ser as propostas de legalização da eutanásia e passado a centrar na questão da ortotanásia, passando a primeira, do ponto de vista dos legisladores a referência negativa diante

¹²⁵ Conforme Processo nº 2007.34.00.014809-3 na Seção Judiciária do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf>

da qual essa última teria superioridade moral. Entretanto, sobre a ortotanásia, se apresentam projetos contraditórios que refletem disputas corporativas mais que a preocupação com a autodeterminação da pessoa doente. Aqueles que defendem a ortotanásia, praticamente reproduzem, nos seus projetos, o conteúdo da resolução do CFM. Como exemplo das disputas, podemos citar o PL 3002/2008 de autoria dos advogados Deputados Hugo Leal (PSC-RJ) e Otávio Leite (PSDB-RJ) que pretendem “regulamentar a prática da ortotanásia” (D27) e o PL 5008/2009 do Deputado “Dr.” Talmir (PV-SP). Declaradamente conflitantes, no primeiro projeto um dos artigos prevê a “suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável”, de modo que “os médicos, **auxiliares de saúde**¹²⁶ e demais profissionais que participarem da prática da ortotanásia, estritamente na forma prescrita por esta lei, não serão responsabilizados, civil ou penalmente, por seus atos, ressalvados os excessos comprovadamente cometidos” (D27, grifos nosso). Ainda, o autor “alega que a ortotanásia deve ser diferenciada da eutanásia. Nesse sentido, considera que o médico deve aplicar todos os recursos ordinários para a manutenção de uma vida, mas que **não lhe deve ser imposta a utilização de métodos extremos**, que podem gerar maior sofrimento ao paciente” (D28, grifos nosso). Logo, coloca a segurança jurídica dos profissionais médicos e “seus auxiliares de saúde”, acima do direito de autodeterminação da pessoa doente. Por outro lado, a imposição “de utilização de métodos extremos” viria da segunda proposta legislativa, opositora, a qual teria como objetivo “proibir a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente” (D56), incorrendo, “a desobediência ao disposto na presente lei sujeita os infratores a serem enquadrados no crime de maus-tratos, conforme previsto no art. 136 do Código Penal Brasileiro” (D56). De modo inverso, não garante a autonomia da pessoa que sofre e ainda exclui seus familiares do processo de cuidado. Pelo contrário, submete a pessoa doente à distanásia.

Os outros dois projetos, se alinham ao primeiro projeto (o PL 3002/2008), no sentido de “descriminalizar” a ortotanásia. Para tanto, a argumentação e justificativa, para angariar força às propostas, se deram com o argumento de que a ortotanásia não antecipa a morte do paciente, e que, portanto, se distingue da eutanásia. Ao passo

¹²⁶ Posteriormente os proponentes modificaram, por solicitação do relator do projeto, a “designação auxiliares” de saúde por “profissionais de saúde”.

que associam a ortotanásia aos cuidados paliativos pois esses não têm sido questionados, sobretudo, pelo poder judiciário. Assim, o PL 6544/2009, dos Deputados Talmir (PV-SP) e Miguel Martin (PHS-SP), propõe que “todo paciente, em especial os que se encontrem em fase terminal de enfermidade, tem direito (...) a cuidados paliativos proporcionais e adequados”, para em seguida introduzir a ortotanásia, isto é, a possibilidade de o médico, a pedido do paciente e/ou familiares, “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos desproporcionais” sendo o pedido “submetido à análise médica revisora” (D110). Os autores justificam a proposta com o seguinte argumento: “não é, contudo, aceitável a permissão da eutanásia. Tal prática distingue-se em tudo e por tudo do que se propõe neste Projeto. Não permissão ou previsão de uma atitude ativa para pôr fim à vida do paciente, mas única e exclusivamente para a retirada de procedimentos desproporcionais e extraordinários, conforme previsto” (D110).

O último projeto, o PL 116/2000, de autoria do Senador Gerson Camata (PMDB-ES) pretendia “alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia”, foi transformado, na Câmara dos Deputados, no PL 6715/2009 de Deputado Hugo Leal (PSC-RJ). Todos esses projetos (PL 3002/2008, PL 5008/2009, PL 6544/2009, PL 352/2019¹²⁷) foram apensados e transformados pelo relator Deputado José Linhares, num projeto “substitutivo” intitulado PL 6715/2009 – para “congregar as várias proposições em uma única” – que “dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade” (D112).

A questão importante que percebemos nessa mudança do debate da eutanásia para a ortotanásia, é que se percebe que o discurso político em defesa de um ou de outro também se altera. Vejamos dois exemplos para perceber a diferença. Esse primeiro é um argumento para justificar o projeto que propunha a legalização da eutanásia, em que o autor conclama seus pares a apoiar o seu projeto (PLS 125/1996), diz ele:

¹²⁷ Esse último (PL 352/2009), de autoria do Deputado Alexandre Padilha (PT-SP), “dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida” no âmbito dos cuidados paliativos; não menciona ortotanásia ou eutanásia, porém, se adere aos projetos de “descriminalização” da ortotanásia, tendo sido apensado ao PL 6715/2009, que é um “substitutivo” que reúne todos os projetos de ortotanásia.

Peço aos meus nobres Pares, Senadores, que, como eu, estão mais próximos do fim – somos de 1936 para frente –, apoio a essa proposta. Muitos companheiros brevemente deixarão esse nosso convívio com absoluto. Se estiverem no vexame, se estiverem na desgraça, se perderem o referencial de prazer e da execução do cotidiano, peço que se lhes dê morte digna, morte justa. E que todos possamos passar desta, se houver a outra, com dignidade. Morte com dignidade e sem dor! (D147).

Além disso, afirma que a sobreposição de direitos ou de valores (de viver ou de morrer com dignidade), deveria ser uma prerrogativa do indivíduo. Continua o Senador:

O direito à vida como prerrogativa individual cunha uma medalha que tem no seu reverso a figura do livre arbítrio, reconhecido pelos crentes como um atributo divino e pelos céticos como fundamento e síntese de todas as prerrogativas essenciais da pessoa humana (...). Certa vez fui a um hospital, fazer uma visita a um amigo doente. Ele fora atropelado e estava tetraplégico, tendo passado praticamente seis meses no leito. Os parentes o haviam abandonado. Ele só movimentava os olhos, mas estava lúcido e falava; as costas estavam cheias de ferida. Comoveram-me muito as palavras que ele disse: “Gilvam, o pior é que nem tenho como estancar esse sofrimento”. Ele não tinha como fazê-lo. Vi naquele homem um profundo sofrimento (D147).

Como se pode perceber, o apelo de apoio ao projeto de eutanásia estava na percepção do sofrimento da pessoa doente, que é vista como sujeito, e tem como foco a autodeterminação da pessoa, sua autonomia para decidir sobre seu direito de morrer com dignidade.

Por outro lado, as discussões posteriores, referentes ao período de projetos de leis que propugnam a ortotanásia, justificam que ela se distingue da eutanásia e se assemelha aos cuidados paliativos ou é complementar a esses últimos – desvia sucintamente o foco das preocupações no sujeito que sofre. Na própria definição de ortotanásia o sujeito é passivo, um mero paciente, por exemplo, como se pode ver no Art. 2º do PL 3002/2008: “ortotanásia: suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável”. Por conseguinte, em todo o debate, se assume um ponto de vista externo ao sujeito que sofre, apesar de parecerem teoricamente mais sofisticadas, como se pode perceber o parecer do relator do PL 6715/2009, sobre o conjunto de projetos pela legalização da eutanásia:

(...) o problema da terminalidade da vida gera situações éticas e filosóficas novas, pois atualmente é possível manter artificialmente a vida por tempo indeterminado. Nesse contexto, defende sejam estabelecidos limites razoáveis para a intervenção humana no processo de morrer. Nesse contexto, em consonância com o Voto do Senador Augusto Botelho, rejeita a prática da eutanásia, que distingue da ortotanásia (D112).

Ou ainda, diz o relator sobre os pontos em comum das propostas que analisou. Os projetos,

Afirmam ainda ser igualmente pernicioso manter-se artificialmente a vida de forma desproporcional e, por vezes cruel. Contrapõem a essa obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, a prática da ortotanásia. Entendem, de forma correta, que a morte é uma etapa da existência de todo ser humano e que nem sempre seriam razoáveis medidas extremas para tentar evitá-la ou postergá-la a qualquer custo (D112).

Em suma, as discussões sobre ortotanásia, ao rejeitar a eutanásia (o suicídio assistido sequer é mencionado) centram o debate na questão de se prolongar a vida artificialmente e de se impor tratamentos desnecessários (extraordinários), portanto como remédio para a distanásia, denunciando-a como uma violação da dignidade humana. Todavia, a vontade da pessoa que sofre, se quer continuar ou não vivendo artificialmente, aparece como secundário.

O projeto de ortotanásia atualmente em tramitação, o substitutivo PL 6715/2009, ameniza essa questão da ausência do sujeito que sofre – mas não completamente –, no sentido de colocá-lo no centro do debate e do interesse dos projetos de descriminalização da eutanásia. De fato, nesse projeto “substitutivo”, a ortotanásia aparece inseparável dos cuidados paliativos, e é fundamentada nos conceitos de procedimentos “ordinários” e “extraordinários”. Ele mantém a descriminalização da ortotanásia tal como prevista no PL 6544/2009. Conforme o Art. 4º do “substitutivo” do relator: “havendo manifestação favorável do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida (...) a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida” (D110). Todavia, acrescenta um inciso, segundo o qual, “a solicitação de limitação ou suspensão dos procedimentos (...) será apresentada pelo médico assistente à junta médica especializada para análise e

ratificação ou não da conduta”. Ou seja, do primeiro ao último projeto de ortotanásia, o verdadeiro sujeito das práticas de fim de vida que estão sendo discutidas, isto é, a pessoa que sofre, está sempre em segundo plano, um mero predicado. É a visão paternalista que impera, há muito predominante, a partir da qual se defende a “tese” de que “a *ortotanásia*, que procura respeitar o bem-estar global da pessoa, abre pistas para as pessoas de boa vontade garantirem, para todos, dignidade no seu viver e no seu morrer” (MARTIN, 1998, p. 171). Assim, é permissão dos profissionais de saúde, dotados de “boa vontade”, no caso o médico, de agir ou não – e os limites – sobre o corpo do paciente que está em pauta; não a autonomia da pessoa e o direito à morte digna. Não por acaso, afirma o relator do PL 6715/2009: diante das “tantas questões e particularidades relacionadas à prática da ortotanásia, parece-nos de melhor alvitre um aprofundamento maior, com o fim de se estabelecerem **limites claros para sua prática**” (D112, grifos nosso). Sendo assim, valeria a pena lembrar que, “o debate sobre a eutanásia não se concentra na legitimidade de dispor da vida de qualquer pessoa, mas de a pessoa enferma, para a qual não existem esperanças de vida em condições que possam ser qualificadas como humanas, pedir e obter a eutanásia (...)” (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287). Acreditamos que é a autodeterminação do sujeito, seu direito de decidir, aquilo que deve ser o centro da discussão. É a pessoa doente, em situação de sofrimento irreversível, quem tem o direito de morrer com dignidade. Portanto, é a defesa do seu direito que deveria estar no centro dos projetos e debates.

Da ortotanásia aos cuidados paliativos: as consequências possíveis dessa associação.

Além da substituição da defesa da eutanásia para a prática “alternativa” da ortotanásia, constatamos nos projetos e nas discussões, que os cuidados paliativos estão presentes nos discursos políticos, ora como uma modalidade de assistência que pode admitir a ortotanásia, ora como alternativa assistencial à prática da eutanásia¹²⁸. Vimos que os legisladores seguem (ou efetuam) a mudança conceitual da prática da ortotanásia, no sentido de desvinculá-la do conceito de eutanásia devido à sua

¹²⁸ Importante destacar que Pessini (2010) ao analisar a experiência belga a respeito da introdução, no sistema de saúde, do procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia a partir de pacientes competentes e em fase final de vida, concluiu que a proposta de cuidados paliativos torna irrelevantes e desnecessárias muitas das solicitações, persistentes, de eutanásia.

criminalização prévia. Ao mesmo tempo, associam a ortotanásia aos cuidados paliativos, colocando a reivindicação do CFM - de o médico poder “limitar ou interromper procedimentos” -, junto de projetos de cuidados paliativos. Tal estratégia, certamente, pode-lhes angariar aliados em torno de seus projetos, para uma possível aprovação deles. Entretanto, nos dá a impressão de que nos cuidados paliativos se pratica a distanásia e que, por conseguinte, se precisaria de aprovação de suas leis pró-ortotanásia, claramente contra a eutanásia. Preocupam-nos, portanto, os valores morais, os princípios éticos e suas intencionalidades que fundamentam tais discursos e que podem se transformar em normas legais.

No que diz respeito aos cuidados paliativos, como direito humano de morrer com dignidade, não há motivos – que não sejam interesses políticos – para associá-lo às demais práticas de fim de vida, pois se trata de um modo de cuidar embasado em reflexões éticas e que respeita a autonomia do paciente em fim de vida. Suas práticas – e seus princípios – não preveem a abreviação da vida; mesmo a sedação paliativa, conforme defendemos num outro trabalho (Cf. EICH, *et al.* 2018)¹²⁹. Trata-se – os cuidados paliativos – de um modelo assistencial que deveria se transformar em regra, como direito à saúde e, eventualmente, a eutanásia voluntária ativa (legislada) em exceção. Se assim fosse, a ortotanásia sequer faria sentido, pois, como afirma Gracia (2010, p. 535), “se os cuidados paliativos são importantes, os são por si mesmos e não como meio para evitar a eutanásia”. Contudo, não há dúvida de que

Sempre haverá pessoas que considerarão preferível a morte a seguir vivendo, por questões que nós não podemos resolver; por exemplo, a doença que leva à invalidez, a dor intratável, o sofrimento psicológico, o risco da indignidade moral, a coerência com o próprio credo religioso, entre outros. Este é um fenômeno universal: todos querem viver, mas não a qualquer preço (GRACIA, 2010, p. 446).

Todavia, somente com a universalização dos cuidados paliativos, com a garantia da assistência à saúde no processo de morrer, é que se poderia invocar o

¹²⁹ Na ocasião defendemos que, “na SP, utilizam-se fármacos sedativos em doses apropriadas; o processo é controlado em virtude do resultado a que se quer chegar: o alívio do sofrimento. Na eutanásia e no suicídio assistido, os fármacos utilizados podem ser sedativos, mas administrados em doses letais, em virtude do resultado desejado – antes de tudo pela pessoa doente. A intencionalidade de ambos os atos se confirma nos resultados, isto é, no ato concreto, vale dizer: o alívio (minimização) do sofrimento – na SP; a interrupção (imediate) do sofrimento pela morte – na eutanásia. Intenção e resultado definem o respectivo ato: a supressão da consciência e o consequente alívio do sofrimento, na SP; a morte, e a consequente interrupção do sofrimento, na eutanásia” (EICH *et al.* 2018, p. 740).

(almejado) filtro paliativo à eutanásia, descrito por Pessini (2010) com base na experiência da Bélgica. Sendo assim, não há por que confundir ortotanásia com cuidados paliativos haja vista que a abordagem desses cuidados

(...) Busca aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas associados às doenças, com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 5)¹³⁰.

Portanto, os cuidados paliativos têm como objetivo o controle dos sintomas refratários como a dor e o alívio do sofrimento não apenas físico. Se a ortotanásia for vista como o meio termo entre a eutanásia e a distanásia, então os cuidados paliativos são sinônimos. Porém, não há por que falar no âmbito dos cuidados paliativos, em “limitação ou interrupção, pelo médico, de tratamentos ou procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida” (D110), – conforme está sendo defendido nos dois projetos atualmente em tramitação: PL 6715/2009 e PLS 236/2012 (este último analisaremos adiante) – porque nessa modalidade de cuidados sequer são implementados qualquer tipo de procedimento ou tratamento desproporcional, se por isso se entende prolongar a vida artificialmente. Se isso ocorre, não são os cuidados paliativos.

Infelizmente, o que se encontra em tramitação no legislativo brasileiro, como vimos, são várias concepções de ortotanásia, resultados de diferentes propostas e sintetizadas num único projeto que está longe de ser um debate ou projetos que ampliem a autonomia das pessoas em fim de vida e seu direito de morrer com dignidade. Entretanto, o que está em disputa política, é a legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos, fato que poderia significar a instrumentalização desses para respaldar um ato médico que se denominou ortotanásia, levado a projetos legislativos por políticos contrários à eutanásia. De fato, a problemática da

¹³⁰ Inclusive a existência de serviços de cuidados paliativos e o acesso a eles, tem sido utilizado como um dos indicadores para aferir o Índice de Qualidade de Morte, nos países, o qual foi construído e divulgado em 2010 pela *Economist Intelligence Unit* (EIU) (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

legalização da ortotanásia como forma de se furta do debate da eutanásia e como remédio para distanásia, só encontramos no Brasil.

Ortotanásia sim, eutanásia e suicídio assistido não?

Simultaneamente aos projetos discutidos sobre a temática – que resultaram no substitutivo em tramitação na Câmara dos Deputados – os quais identificam a ortotanásia aos cuidados paliativos, está em tramitação no Senado Federal o PLS 236/2012, que propõe “a Reforma no Código Penal brasileiro”, elaborado por “uma comissão de juristas durante sete meses” (D152).

Nesse projeto, o seu Art. 122 dispõe sobre a “eutanásia”, com pena substancialmente mais reduzida do que a do homicídio (prisão de dois a quatro anos, ao invés de prisão de seis a vinte anos), partindo do “(...) pressuposto de que matar ‘paciente em estado terminal’, a pedido e sob o pretexto de abreviar ‘sofrimento físico insuportável em razão de doença grave’, poderia constituir ato de ‘piedade ou compaixão’, o que justificaria pena muito menor que a de homicídio” (D151). Além disso, determinando no § 1º que “o juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como **a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima**” e, o § 2º estabelecendo contornos de situações em que não haveria crime, isto é, “quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão” (D156, grifos nosso). Como se vê, enquanto o § 1º despenalizaria a eutanásia prática na relação de parentesco ou de laços afetivos estreito, o que poderia significar a desmedicalização da eutanásia. Enquanto a “exclusão de ilicitude”, prevista no § 2º seria similar à descriminalização do ato que, nos projetos discutidos anteriormente, se convencionou chamar de “ortotanásia”; porém não especificava o termo ortotanásia. Por causa, disso, provavelmente – já que estaria em dissonância com os demais projetos sobre ortotanásia em tramitação – na Emenda nº 01, com as propostas pela Comissão Temporária da reforma do Código Penal, com caráter substitutivo, se pretende com seu novo texto manter a tipificação da eutanásia como homicídio privilegiado e legalizar a ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos, conforme no Art. 121,

§6º No âmbito dos cuidados paliativos aplicados a pessoa em estado terminal ou com doença grave irreversível, não há crime quando o agente deixar de fazer uso de meios extraordinários, desde que haja consentimento da pessoa ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§7º A situação de morte iminente e inevitável ou de doença irreversível, no caso do parágrafo anterior, deve ser previamente atestada por dois médicos.

Numa palavra, o substitutivo garante a segurança jurídica do ato médico e tipifica a ortotanásia como ato médico permissível, que – se aprovado – articula-se com os projetos de ortotanásia e cuidados paliativos que estabelecem os critérios da prática.

De modo similar, era previsto no referido projeto, a pena do “auxílio a suicídio” (Art. 123. Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao suicídio), seria “de dois a seis anos, se o suicídio se consuma, e de um a quatro anos, se da tentativa resulta lesão corporal grave, em qualquer grau”. Entretanto, na proposta inicial, dos juristas, conforme o “§ 2º Aplicam-se ao auxílio a suicídio o disposto nos §§1º e 2º do artigo anterior” (Art. 123) (D156), ou seja, não haveria pena se o auxílio fosse praticado na relação de parentesco ou de laços afetivos estreito. Porém, tal § 2º foi retirado do projeto inicial, no substitutivo apresentado pela Comissão Temporária; mantendo a criminalização como estava.

Quanto à ortotanásia, pode-se deduzir o interesse em aprová-la, em detrimento da legalização e regulamentação da eutanásia e/ou do suicídio assistido, pois esses, como vimos, coloca no centro da prática como sujeito. a pessoa doente que sofre e pede ajuda para morrer com dignidade. Todavia, diante da situação atual em que tudo é criminalizado, é que fomos levados a questionar: até que ponto o direito de morrer com dignidade e a autodeterminação do sujeito prevalece diante do direito à vida? A legalização da ortotanásia, nos termos em que está sendo definida resolve a questão da falta de autonomia das pessoas diante da morte? Acreditamos que não. Ademais, se a ortotanásia não abrevia a vida porque deve ser legalizada?

Para nós, a eutanásia voluntária ativa, deveria ser discutida abertamente. Ela pode ser vista como a mais alta expressão da autonomia para se escolher morrer com dignidade ao se evocar o princípio kantiano do “ser humano como fim em si mesmo”; de acordo com Gracia (1998, p. 290, grifo do autor): “Kant criou uma expressão

ontológica, o 'fim em si mesmo'. Os seres humanos são fim em si mesmo e não meios já que são sujeitos de dignidade e não de preço". Nesta perspectiva, as discussões sobre eutanásia voluntária ativa e suicídio assistido se mantêm na força de vitalidade e liberdade do ser humano, que se expressa inerente à dignidade humana que, por sua vez, se estrutura no fundamento do reconhecimento destas práticas, pois se refere ao direito de viver e de morrer com dignidade.

Tendo isso como pressuposto, a eutanásia voluntária ativa jamais pode ser considerada uma regra nos modelos de atenção à saúde, e não pode ser usada como pretexto para se dispensar a prestação da assistência aprimorada às pessoas doentes em fim de vida. Há que primeiro satisfazer a garantia da assistência em fim de vida, isto é "a morte assistida com o devido cuidado" mediante os cuidados paliativos; pois, a norma tem de ser o "respeito à vida" e, não por acaso, "a melhoria da assistência nas fases finais da vida se converteu no objetivo fundamental" (GRACIA, 2010, p. 467). Antes disso, não podemos esquecer da abordagem coletiva em saúde, na tentativa de solucionar as cacotanásias e "impedir que muitas doenças levem à conclusão do ciclo vital em condições de assistências, afetividade e estado mental que possam, inevitavelmente, causar morte dolorosa e plena de angústia" (BERLINGUER, 1993, p. 87).

Considerações Finais

Nesse contexto de pesquisa, identificamos inúmeros argumentos contrários a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido a partir de valores religiosos, jurídicos, morais e éticos que colocam a vida como valor absoluto em detrimento da dignidade humana. Por outro lado, houve uma preocupação dos legisladores com a "exclusão de ilicitude" da prática da ortotanásia como ato médico, como remédio para a distanásia, no âmbito dos cuidados paliativos; já que, o que se defende é que "decisões de não-tratamento, de omissão ou de suspensão de suporte vital *fútil* não são nem devem ser considerados atos de eutanásia, mas de exercício médico regular (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 64, grifo da autora).

Associar a ortotanásia – no sentido em que se deu nos projetos para a sua legalização – aos cuidados paliativos, pode prejudicar a ampliação desses serviços à saúde e o acesso a esse direito, pois pode passar a impressão à sociedade de que

essa modalidade assistencial precisa de legalização. Se se quer garantir ou defender a autodeterminação da pessoa em decidir com autonomia sobre a própria morte diante do sofrimento e doença incurável e impedir a distanásia, os tratamentos fúteis etc., o único meio plausível é a legalização e regulamentação da eutanásia e/ou suicídio assistido. E nesse sentido é importante destacar que, assim como a legalização do aborto não coage que as mulheres abortem se não quiserem, da mesma forma a eutanásia e o suicídio assistido legalizados obriga isso para si, mas tão somente nos é garantido fazer a escolha livre e com o direito de ser assistido e ajudado nos serviços de saúde, no caso da eutanásia, ou por um terceiro no caso do suicídio. Do mesmo modo não é um direito absoluto que implicaria, sob quaisquer circunstâncias, que um profissional de saúde, em particular, seriam obrigados a cumprir com o pedido da pessoa que sofre, isto é, de praticar o ato ou lhe fornecer os meios para tal, no caso do suicídio assistido. A não legalização dessas práticas de fim de vida, deixa as pessoas indefesas e sem opção diante do sofrimento insuportável e irreversível, bem como proporciona insegurança aos profissionais de saúde nos processos de tomada de decisão e dissemina incertezas à sociedade em geral. Porém, a resolução da questão requer debate aberto e democrático.

Os poucos países que as legalizaram, é porque se estabeleceu debate na sociedade em torno de problemas reais; se ouviu a opinião pública além de especialistas, juristas, acadêmicos etc. De fato, se existe uma diversidade entre a ordem ontológica e a ordem axiológica, então, possíveis legislações sobre o suicídio assistido e eutanásia devem ter como base, o amplo debate social e tanto mais profícuo será o diálogo quanto maior for a reflexão ética e axiológica pelos envolvidos. Além de que, somente assim se poderá garantir uma eventual legislação que tenha tido como guia, no seu processo de construção, a ética e a axiologia, e não o contrário. Por outro lado, legislações que apenas criminalizam a eutanásia e o suicídio assistido, nada mais são que o resultado de uma fundamentação moral que desconsidera o pluralismo de valores existente na sociedade. Disso resulta, que tais leis, por serem vazias de reflexão ética e axiológica, muitas vezes, se despontam em significados e/ou sentidos ambíguos para as pessoas (acometidas por uma doença e profissionais de saúde) que, constantemente, vivenciam os dissabores dos conflitos éticos cotidianos entorno do cuidado em fim de vida, e que poderiam ser minimizados, alguns

evitados e outros sanados se houvesse legislação que acompanhe os avanços da sociedade.

Nesta perspectiva, embora evidenciamos nos projetos e suas justificativas, que os autores fazem distintas classificações de práticas de fim de vida, distinguindo a eutanásia da ortotanásia e buscando respaldo desse último na definição de cuidados paliativos, acreditamos que eles acabam por deturpar o sentido da eutanásia, a qual é uma prática que, de acordo com Gracia (2010, p. 467), “consiste sempre em uma ação realizada no corpo de outra pessoa com a intenção direta de pôr fim à sua vida” a pedido da pessoa que está sofrendo. Se por um lado, a eutanásia é sempre e somente ativa. Por outro lado, o autor destaca que não exclui a possibilidade da eutanásia em casos “exceções”, pois para ele, não existem regras morais absolutas, isto é, regras ou normas que não admitam exceções (GRACIA, 2010). Portanto, acreditamos que a eutanásia, como prática de fim de vida, consiste no mais alto grau de autodeterminação da pessoa diante da própria morte: é a consolidação suprema do direito de morrer com dignidade. Neste direito, os cuidados paliativos pela sua essência pode se efetivar apenas parcialmente, enquanto a ortotanásia, nos termos do debate que presenciamos, se apresentou mais como um instrumento de disputa política que representa interesses corporativos, com a preocupação maior na segurança jurídica das práticas dos profissionais de saúde e das instituições, bem como no poder e controle da medicalização da morte.

Referências Bibliográficas

- BARCIFILO, C. P. A dignidade no processo de morrer. *In*: BARCIFILO, C. P., PESSINI, L. (ORGs). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001, p. 283-296.
- BERLINGUER, G. **Questões de Vida**: ética, ciência e saúde. 1ª ed. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE, HUCITEC, CEBES, 1993.
- BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação. **Constituição Federal de 1988**: Constituição Federal de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. [Código penal (1940)]. **Código penal e de processo penal** / Marcia Maria Bianchi Prates (Org). Brasília: Câmara dos

Deputados, Edições Câmara, 2020b. 265 p. Disponível em: < https://livraria.camara.leg.br/index.php?route=product/product&path=2_5&product_id=323>. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Regimento Comum**: Resolução nº 1, de 1970-CN. (texto consolidado até janeiro de 2019). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: < <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CASTRO, M.P.R. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Justiça valida Resolução 1805, que trata sobre ortotanásia**, 2010. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21154:justica-a-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia&catid=3> Acesso em: 20 nov. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Os limites da vida e as limitações da Justiça do Brasil**, 2014. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24947:os-limites-da-vida-e-as-limitacoes-da-justica-do-brasil&catid=46:artigos&Itemid=18> Acesso em: 20 nov.2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm.> Acesso em: 20 nov. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de salud/ Protección Social. República de Colômbia. **Resolución número 00001216 de 2015**. Disponível em:< https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf>. Acesso em: 20 nov.2020.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index**: ranking palliative care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: < <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

EICH, M. et al. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 733-744, 2018.

GIANELLO, M.C.; WINCK, D. A EUTANÁSIA E SUA LEGALIZAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, v. 2, p. e13949-e13949, 2017.

GRACIA, D. **Ética de los confines de la vida**. Ética y Vida: Estudios de Bioética, nº3. Editora: Editorial el búho Ltda, 1998.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. 1ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2010.

- HOLANDA. Government of the Netherlands. **Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request. 2017.** Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/euthanasia/contents/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- MARTIN, L.M. Eutanásia e distanásia. COSTA, S. IF; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-193.
- MATERSTVEDT, L. J. *et al.* Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. **Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, p. 97-101, 2003.
- MENON, S. Euthanasia: a matter of life or death. **Singapore Med J**, v. 54, n. 3, p. 116-128, 2013.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013; 18(9): 2484.
- PACHECO, L.B.; MENDES, P.R. **Perguntas e respostas sobre Regimento interno da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico].** 5^o ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.
- PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *In*: VALDEMAR, A. A. et al. (Org). **A ética na saúde.** São Paulo: Pioneira, 1997.
- PESSINI, L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, 2010.
- RACHELS, J.; RACHELS, S. **Os elementos da filosofia moral.** Tradução e revisão técnica: Delamar José Volpato Dutra. 7^o ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- SIQUEIRA-BATISTA, R., SCHRAMM F. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad Saúde Pública.** 2005;21(1):111-9.
- TABOADA, P. El derecho a morir con dignidad. **Acta bioethica**, v. 6, n. 1, p. 89-101, 2000.
- TABOADA, P. **Bioethical principles in palliative care.** *In*: Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. Edited by Eduardo Bruera, Irene Higginson, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita. Taylor & Francis Group, 2016.
- VILLAS-BÔAS, M.E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.** Editora: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Artigo 4 – Ortotanásia sim... Eutanásia não? uma reflexão sobre as propostas de legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos.

Resumo

Na contemporaneidade, diante do avanço das doenças incuráveis, das tecnologias que permitem prolongar a vida artificialmente, e em face das dificuldades de aceitação da legalização da eutanásia voluntária ativa no Brasil, as discussões sobre a ortotanásia ocupam um espaço contraditório na alternativa para evitar a distanásia ou obstinação terapêutica. As tentativas de regulamentação médica são juridicamente questionadas e o debate chega no legislativo federal brasileiro reacendendo as discussões sobre as práticas de fim de vida. Por conseguinte, a discussão muda do foco da eutanásia, cujos projetos foram todos arquivados, para a ortotanásia em torno de propostas que divergem sobre a sua definição. Ao mesmo tempo, vem crescendo no Brasil, seguindo uma tendência mundial, a modalidade assistencial dos cuidados paliativos, no âmbito do qual os senadores e deputados federais querem legalizar a prática da ortotanásia. Esses fatos nos levaram a investigar as propostas na esfera federal do legislativo brasileiro a respeito da ortotanásia como alternativa à eutanásia e como os cuidados paliativos são associados ou dissociados dessas práticas. Assim, a categoria temática que analisamos incidiu em *compreender e refletir sobre as associações realizadas pelos senadores e deputados federais entre a ortotanásia e os cuidados paliativos nas propostas legislativas apresentadas e inseridas no Poder Legislativo Federal Brasileiro conectadas a duas subcategorias descritas em a criminalização da eutanásia no Brasil e a “alternativa” da ortotanásia frente à distanásia, juntamente com a concepção de ortotanásia dos legisladores, suas propostas e os cuidados paliativos*. A propósito, na ordenação e a codificação dos dados coletados, de 1981 até 06/09/2020, utilizamos o *software Atlas Ti 9.0* que contribuiu para o armazenamento do acervo documental a fim de uma análise mais precisa e embasada na proposta hermenêutica dialética. Visto que as inconsistências do significado do termo e da prática da ortotanásia estabelecidas nos documentos evidenciaram sentidos pouco coerentes a um debate bioético relacionado a finitude da vida humana enfatizamos o retorno às expressões históricas e atemporais.

Palavras-chave: Âmbito da Prática. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Regulamentação de Organismos de Política. Eutanásia. Eutanásia Ativa Voluntária.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Orthothanasia yes ... Euthanasia no? a reflection on the proposals for the legalization of Orthothanasia in the scope of palliative care.

Abstract

In the contemporary world, given the advance of incurable diseases, technologies that allow artificially prolonging life and facing the difficulties in accepting the legalization of active voluntary euthanasia in Brazil, discussions about orthothanasia are raised as an alternative to avoid dysthanasia or therapeutic obstinacy. Attempts at medical regulation are legally questioned and the debate arrives in the Brazilian Federal Assembly bringing back discussions about end-of-life practices. Therefore, the discussion varies from the focus on euthanasia, whose projects were all filed, to orthothanasia around proposals that differ on their definition. Meanwhile, the palliative care assistance modality has been growing in Brazil, following a worldwide trend, where senators and federal deputies want to legalize the practice of orthothanasia. Did these facts lead us to investigate the proposals in the federal sphere of the Brazilian legislature regarding orthothanasia as an alternative to euthanasia and how is palliative care associated or dissociated from these practices? Thus, the thematic category that we analyzed focused on understanding and reflecting on the associations made by senators and federal deputies between orthothanasia and palliative care in the legislative proposals presented and inserted in the Brazilian Federal Assembly connected to two subcategories described in the criminalization of euthanasia in Brazil and the “alternative” of orthothanasia in the face of dysthanasia, together with the legislators' concept of orthothanasia, its proposals and palliative care. By the way, in ordering and coding the collected data, from 1981 to 06/09/2020, we used the Atlas Ti 9.0 software that contributed to the storage of the documentary collection in order to have a more precise analysis and based on the dialectical hermeneutic proposal. Since the inconsistencies in the meaning of the term and the practice of orthothanasia established in the documents have evidenced meanings that are not coherent to a bioethical debate related to the finitude of human life, we emphasize the return to historical and timeless expressions.

Keywords: Scope of Practice. Palliative Care in the End of Life. Regulation of Policy Bodies. Euthanasia. Voluntary Active Euthanasia.

* This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Introdução

Desde a antiguidade, a humanidade sempre buscou meios de interferir no processo de morrer e na morte das pessoas. Dentre as interferências ou práticas de pôr fim à vida, certamente a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido são as mais conhecidas e cuja aceitação ou repulsa são permeadas pelos valores da respectiva sociedade numa certa época. Na concepção de Goldim (2000), os valores socioculturais e religiosos envolvidos na eutanásia advêm desde a Grécia antiga, quando Platão, Sócrates e Epicuro acreditavam que o sofrimento originado de uma

doença dolorosa seria argumento suficiente para o suicídio. Já a eutanásia, “etimologicamente, (...) diz respeito à **boa morte**, podendo ser caracterizada atualmente como a **abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento**” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2008, p. 209, grifos dos autores).

Entretanto, “o termo ‘eutanásia’ passa por uma evolução semântica ao longo dos séculos. (...) A partir de Tomás Morus e Roger Bacon, no século XVII, o termo ‘eutanásia’ adquire o significado que faz referência ao ato de pôr fim à vida de uma pessoa enferma” (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287, grifos do autor). Mas a mudança mais drástica que lhe atribuiu sentido pejorativo, ocorreu no contexto das décadas de 20 e 40 com os movimentos eugenistas e com o período nazista, na Alemanha o significado da eutanásia foi distorcido e significado como o ato de tirar a vida de seres humanos considerados indesejáveis, isto é, para justificar a eliminação de seres humanos com deficiências físicas e mentais e portadores de doenças estágio avançado, ou seja, serviu como um instrumento de higienização social (Cf. AZEVEDO, 2014).

Depois de um longo período, o debate reemergiu nos anos 60. Atualmente, a

Eutanásia é um dos temas que vem ganhando importante espaço nas discussões contemporâneas em diferentes sociedades especialmente a partir da segunda metade do século XX, momento histórico no qual “entra em cena” a bioética. Esta disciplina, que se propõe a investigar a moralidade dos atos humanos (...) vem se debruçando sobre toda sorte de conflitos e dilemas que emergem no binômio vida/morte, mais precisamente em relação à finitude e ao significado da expressão *morrer bem* — daí o termo *eutanásia*” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2008, p. 209, grifos dos autores).

Por outro lado, a Bioética passou a refletir sobre as questões da finitude da vida, certamente “em face da intensa evolução biotecnológica ocorrida na segunda metade do século XX (...), tornando possível, nos dias atuais, prolongar artificialmente a existência de um doente, ainda que a medicina não lhe possa oferecer nenhuma expectativa de cura (...)” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 62).

Tudo isso contribuiu para ressurgir debates em torno das questões acerca da finitude da vida, tais como a eutanásia, a ortotanásia e distanásia. Para Ferraz (2001, p. 109)

Com o advento de modernas técnicas terapêuticas capazes de manter e prolongar a vida de pessoas gravemente enfermas, no entanto, a questão da eutanásia teve que voltar ao debate. Pacientes que no passado encontrariam inevitavelmente a morte são hoje conectados a modernos equipamentos que os podem manter vivos indefinidamente.

De certo modo, as técnicas e tecnologias que permitem a manutenção da vida, como por exemplo, a ventilação artificial, contribuiu também para se romper – ao menos em parte – “(...) o tabu que a nossa cultura sempre estabeleceu em torno dos temas relacionados com (...) a morte” (GRACIA, 1990).

Diante dessa realidade, vários países se mobilizaram para legalizar a eutanásia voluntária ativa criando leis específicas e suas regulamentações, por exemplo, a Holanda; outros a descriminalizaram a partir de interpretações das leis vigentes, como é o caso da Suíça cujo Código Penal não prevê a penalização do suicídio assistido, ou na Colômbia onde a Suprema Corte decidiu que o direito à vida implica no direito de morrer com dignidade, permitindo a eutanásia (Cf. HOLANDA, 2017; Cf. CASTRO, *et al.* 2016; Cf. COLOMBIA, 2015).

No Brasil, entretanto, o debate refletiu quase que exclusivamente à questão da interrupção do tratamento fútil ou distanásia e não, propriamente a eutanásia voluntária ativa enquanto tal, isto é, a opção da pessoa, pelo *bem morrer*. De fato, o desenvolvimento tecnológico em saúde e as unidades de terapia intensiva (UTIs) tiveram como efeito a distanásia; e contribuiu para o debate sobre o tema da eutanásia. Entretanto, os primeiros debates sobre o tema da eutanásia, a partir do legislativo brasileiro – nas décadas de 1980 – pouco contribuíram para desmistificar sua terminologia bem como a prática em si. A eutanásia passou a ser compreendida como sinônimo de “desligar os aparelhos” para consentir que a pessoa doente morresse. Não por acaso, o primeiro projeto de lei sobre eutanásia, no Brasil, o PL nº 4.662/81, trazia na sua ementa a permissão “ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares”. De acordo com Zarias (2019, p. 156), “o projeto de [Inocêncio] Oliveira não foi aprovado, mas durante sua tramitação causou repercussão nacional. Dezenas de municípios

enviaram requerimentos para a Câmara de Deputados requerendo o arquivamento da proposta, expondo, principalmente, argumentos de ordem religiosa”¹³¹.

Posteriormente, outros projetos para a legalização da eutanásia foram apresentados até meados de 1990, tendo sempre como foco a distanásia no sentido de “prolongamento artificial da vida”. Pessini (2007, grifo do autor) menciona que a distanásia, na manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, leva a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam, de fato, a morte uma espécie de *hipermorte*. Siqueira-Batista e Schramm (2005, grifos dos autores), ressaltam que a *distanásia* – também identificada com a denominada *obstinação terapêutica* – está contraposta à eutanásia a qual tem como interfaces tanto a aplicação de novas tecnologias à medicina – capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades para salvar grande número de vidas – quanto o arcaico desejo humano de superar a morte.

No âmbito da terminologia eutanásia – se observa a importância de resgatar na história – o seu significado semântico sincrônico e diacrônico para distinguir o significado das palavras e o sentido em que estão sendo empregadas mediante as mudanças assumidas no tempo e no espaço. Siqueira-Batista e Schramm (2005), bem como Lepargneur (2009) ressaltam a existência de uma grande polissemia do vocábulo *eutanásia*, que gera inúmeros equívocos e se explica, em ampla avaliação, pela própria “biografia” da palavra – longa, conflituosa e sujeita a gigantescas variações culturais. Em outros termos, não houve e não há, em torno dessa palavra e suas variantes – quanto ao ato e ao consentimento do enfermo – uma conotação única no estabelecimento da justificativa moral. Diante disso, defendemos que a eutanásia é uma prática que, de acordo com Gracia (2010, p. 467), “consiste sempre em uma ação realizada no corpo de outra pessoa com a intenção direta de pôr fim à sua vida”, a pedido da pessoa que está sofrendo. Se por um lado, a eutanásia é sempre e somente ativa. Por outro lado, o autor destaca que não exclui a possibilidade da eutanásia em casos “exceções”, pois para ele, não existem regras morais absolutas, isto é, regras ou normas que não admitam exceções (GRACIA, 2010).

¹³¹ Essas manifestações estão disponíveis no arquivo de tramitação e fizeram parte da pesquisa.

Com a rejeição dos projetos de leis sobre a eutanásia, passou-se a defender no legislativo brasileiro a legalização da ortotanásia, e seguindo a ética biomédica, bem como as tentativas do Conselho Federal de Medicina de regulamentar a ortotanásia como prática médica. Por conseguinte, as discussões no legislativo, na busca de remédio para a distanásia, está longe de obter um consenso sobre o significado da ortotanásia. Isso tem gerado, como analisamos, divergências sobre a medida em que o significado daquilo que os legisladores defendem como prática médica da ortotanásia, se de fato se difere da eutanásia, na sua forma passiva. Esse é um dos pontos de divergência, também na bioética.

Do ponto de vista de Villas-Bôas (2008, p. 66) “a *ortotanásia* tem seu nome proveniente dos radicais gregos: *orthos* (reto, correto) e *thanatos* (morte). Indica, então, a morte a seu tempo, correto, nem antes nem depois”. Enquanto a eutanásia passiva é “quando a morte ocorre por *omissão* proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* (por exemplo, deixar de se iniciar aminas vasoativas no caso de choque não responsivo à reposição volêmica)” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 113). Ou ainda, quando “omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e proporcionais, que poderiam beneficiar o paciente haja vista que a eutanásia passiva é a eutanásia (antecipação, portanto) praticada sob a forma de omissão” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 66). Para se conseguir a distinção, segundo a autora, isto é, para que a prática da ortotanásia, “seja considerada lícita”, é necessário “que se faça referência à intenção do agente ou à indicação médica dos recursos suspensos” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 66). Se recorrer às evidências científicas na questão da utilidade do recurso terapêutico que foi omitido/suspenso, isso gera “um outro problema – que tem um grande peso na discussão sobre eutanásia e distanásia – que é a definição do momento da morte” (MARTIN, 1998, p. 174). Qual seria o momento certo da morte? O que seria a morte *correta* de acordo com o conceito de ortotanásia? Assim, tem-se de um lado a ingerência ou também a “ausência” de ingerência e o domínio na indicação dos procedimentos e recursos terapêuticos que se estabelecem em específicos comandos de quando esses recursos devem ser omitidos ou suspensos em virtude da sua ineficácia, de outro lado está a pessoa no seu processo de viver e morrer em que se dirige a ação ou omissão amparadas na racionalidade científica. Quem (e como se) define o tempo certo para morrer?

Conforme veremos, as propostas de legalização da ortotanásia no legislativo brasileiro, dizem respeito à “limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida” (Cf. PL 6715/2009). Como os legisladores se recusam a discutir a eutanásia e, por conseguinte, colocar a autodeterminação da pessoa em primeiro plano, surgem as divergências e controvérsias em torno da questão se é crime ou não “no âmbito dos cuidados paliativos (...) o agente deixar de fazer uso de meios extraordinários” (Cf. PLS 236/2012), embora não deixem de mencionar o consentimento da pessoa como condição do ato.

Concomitantemente aos desenvolvimentos tecnológicos no campo da saúde e que fizeram despontar o problema da distanásia, também houve um considerável aumento da expectativa de vida – pelo menos nos países desenvolvidos – sendo, ao mesmo tempo, registrado um crescimento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente, o câncer que está dentre as principais causas de morte por DCNT. Como doença crônica não transmissível foram apresentados no ano de 2012, a nível mundial, 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês *International Agency for Research on Cancer*) (BRASIL, 2014b). No Brasil, o câncer foi a segunda causa de morte com uma estimativa para o biênio 2018-2019 de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano (BRASIL, 2017).

Inclusive, adicionamos, neste âmbito, as doenças classificadas como raras e, muitas, também consideradas neurodegenerativas e que tiveram os seus avanços em tratamentos terapêuticos, tais como a esclerose múltipla e a esclerose lateral amiotrófica, entre outros. Entretanto, as transformações nas condições de assistência às pessoas no sentido de minimizar os sofrimentos diante da morte não fizeram os seres humanos imortais, ou seja, avanços técnicos e tecnológicos contribuem para o desenvolvimento humano, mas não impedem a sua finitude no processo de morrer e morte.

Dessa forma, alguns delineamentos começam a serem esboçados e a concretude da morte diante das descobertas e o aprimoramento científico no campo da saúde necessitaram de delimitações que condissessem com o espaço histórico-temporal. E, assim, os Cuidados Paliativos foram sendo inseridos para uma maior

controle dos sintomas refratários como a dor, dentre outros, e o alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual, com acolhimento e participação da família, em que o enfoque deixa de ser a cura da doença e passa a ser as necessidades, a fim de promover conforto e garantir o direito humano de se viver os últimos tempos de vida com qualidade e de se morrer com dignidade.

Por sua vez, os Cuidados Paliativos não têm como objetivo abreviar a vida das pessoas e muito menos a obstinação terapêutica. Nesse sentido, se a ortotanásia for vista como o meio termo entre a eutanásia e a distanásia, então os Cuidados Paliativos são sinônimos. Se for assim, qual sentido haveria em se propor leis para a legalização da ortotanásia nos Cuidados Paliativos?

Perante esse quadro emergiram os seguintes questionamentos: se a ortotanásia não abrevia vida porque faz-se necessária sua legalização? Como e porque o legislativo federal brasileiro a distingue da eutanásia e quais as consequências de associar a prática da ortotanásia com os cuidados paliativos? Diante desses questionamentos, o objetivo desse texto é descrever o percurso das propostas legislativas em tramitação na Câmara dos Deputados Federal, Senado Federal e Congresso Nacional sobre a “descriminalização” e/ou legalização da ortotanásia, bem como analisar a concepção dos legisladores sobre essa prática e como eles a relacionam com os cuidados paliativos e a eutanásia e refletir sobre possíveis consequências dessa relação.

Metodologia

Para refletir acerca da eutanásia voluntária ativa e do suicídio assistido no Brasil, em comparação com os países onde a prática é regulamentada, desenvolvemos uma pesquisa exploratório descritiva de abordagem qualitativa, seguindo as etapas de operacionalização do método hermenêutico dialético proposto por Minayo (2010): 1) elaboração de categorias analíticas; 2) ordenação e classificação dos dados; 3) leitura horizontal e transversal dos projetos de leis e suas justificativas e pareceres, e 4) análise final/relatório.

A busca de informações relacionada as legislações pertinentes aos países que possuem um ordenamento das práticas em fim de vida foram adquiridas nos referidos *sites* governamentais e institucionais, sendo que a seleção dos dados brasileiros se

efetivou nos *sites* do Congresso Nacional, Senado Federal e Câmara dos Deputados. Os documentos foram localizados através do mecanismo de busca, por meio das seguintes palavras-chave: "eutanásia" OR "suicídio assistido" OR "cuidados paliativos" OR "cuidado paliativo" OR "ortotanásia" OR "distanásia" OR "morte digna" OR "abordagem paliativa" -"animais" -"animal" -"cão" -"gato".

Para as fases de *ordenação e classificação de dados*, as informações coletadas foram armazenadas e organizadas com o auxílio do software de organização e análise de dados qualitativos *Atlas.ti 9.0*, a fim de sintetizar o amplo volume de material. Na *fase exploratória* elaboramos as categorias analíticas, sendo objeto de discussão nesse artigo *Compreender e refletir sobre as associações realizadas pelos senadores e deputados federais entre a ortotanásia e os cuidados paliativos nas propostas legislativas apresentadas e inseridas no Poder Legislativo Federal Brasileiro*. Visto que a construção efetivada com o avanço das doenças incuráveis e também das tecnologias que permitem prolongar a vida e que podem ocasionar a distanásia ou obstinação terapêutica; bem como o surgimento dos cuidados paliativos, buscamos analisar as práticas de fim de vida e compreender como o legislativo brasileiro, na esfera federal, distingue a ortotanásia da eutanásia, bem como o sentido e as consequências de associar a prática médica da ortotanásia com os cuidados paliativos no Brasil.

Por sua vez, a “análise propriamente dita” e a interpretação dos dados foram realizados na ótica do método hermenêutico dialético – como um “caminho de pensamento” (MINAYO, 2010) – em que os conceitos juntamente com os referenciais teóricos delimitados, nos permitiram compreender elementos importantes inseridos nos decursos tracejados por meio das manifestações de deputados e senadores no processo de diálogo e embates sobre a temática.

Visto que o diálogo se manteve na intrincada composição e hierarquia de valores, nos sistemas morais vigentes, que se tornaram concretos diante dos projetos de lei, relatórios, pareceres de comissões, vetos, emendas, redações finais, requerimentos, projetos de decreto legislativos, projetos de lei complementares, projetos de lei de conversação em práticas de fim de vida, selecionamos as alocações representativas dos sentidos estabelecidos pelos autores e as identificamos pela letra

D, originária do termo *documento* juntamente com o seu número de registro que totalizaram 193 documentos.

Resultados da pesquisa e discussões

Para a interpretação da categoria temática *Compreender e refletir sobre as associações realizadas pelos senadores e deputados federais entre a ortotanásia e os cuidados paliativos nas propostas legislativas apresentadas e inseridas no Poder Legislativo Federal Brasileiro* interligamos subcategorias relacionadas aos avanços científicos desenvolvidos no âmbito das práticas de fim de vida e as confrontamos com os aspectos considerados relevantes nas legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade, bem como destacamos elementos importantes inseridos nos decursos tracejados por meio das manifestações de deputados e senadores no processo de diálogo e embates sobre a temática.

Ao mesmo tempo que consideramos as divergências e convergências nas atribuições e participações de um processo legislativo, buscamos respeitar o Regimento Comum do Congresso Nacional no fluxo de funcionamento de suas Casas Legislativas (Câmara dos Deputados e Senado Federal), através dos artigos 134 e 142, explicitando alguns encaminhamentos importantes.

Art. 134. O projeto de lei, aprovado em uma das Casas do Congresso Nacional, será enviado à outra Casa, em autógrafos assinados pelo respectivo Presidente.

Parágrafo único. O projeto terá uma ementa e será acompanhado de cópia ou publicação de todos os documentos, votos e discursos que o instruíram em sua tramitação.

Art. 142. Os projetos elaborados por Comissão Mista serão encaminhados, alternadamente, ao Senado e à Câmara dos Deputados (BRASIL, 2019, p. 27-28).

Inclusive, um prévio levantamento de dados em ambas as Casas Legislativas foram efetivadas para identificar os projetos de lei que permaneceram nas respectivas Casas Legislativas, respeitando o seu regimento interno¹³². Dessa forma, se

¹³² Link do Regimento Interno da Câmara dos Deputados: <<https://livraria.camara.leg.br/regimento-interno-21>>. Link do Regimento Interno do Senado Federal: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/regimento-interno#>. Link do Regimento Comum do Congresso Nacional: <<https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>.

averiguou de maneira distinta os três sítios¹³³, para a investigação de informações direcionadas as práticas em fim de vida (eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos), abarcando os textos referentes às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas que ocorrem no Congresso Nacional, bem como as informações relativas ao exercício das demais atribuições, exercidas pela Câmara dos Deputados e Senado Federal de forma articulada ou privativa através das expressões de busca, anteriormente, mencionadas e que foram digitadas no campo de busca em cada portal.

Neste âmbito, se considerou através da Constituição Federal Brasileira, atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020, as informações mencionadas na Seção VII (Das Comissões) que delinham o Congresso Nacional e as suas Casas através de comissões permanentes e temporárias, sendo “constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação” (BRASIL, 2020, p.40).

Visto que nos regimentos mencionados se denomina proposição legislativa toda a matéria submetida à apreciação da Câmara dos Deputados, do Senado ou do Congresso Nacional se assinalaram as duas espécies, efetivamente, que impulsionam um processo legislativo, “(...) as propostas de emenda à Constituição e os projetos, esses últimos admitindo ainda três subespécies: *de lei, de decreto legislativo e de resolução*” (PACHECO; RICCI, 2017, p. 28, grifos dos autores).

Ao passo que Santos, Nóbrega Netto e Sá Carneiro (2019, p. 45) caracterizaram que “cada uma dessas Casas é, de maneira singular, dotada de autonomia política e orçamentária e detém, dentre outras, competência privativa para dispor sobre sua organização e funcionamento” se averiguou também as atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, disponibilizadas no portal do Congresso Nacional, compondo o Poder Legislativo Federal.

¹³³ O sítio do Congresso Nacional apresenta o conteúdo relativo às atribuições relacionadas ao funcionamento das sessões conjuntas e das comissões mistas, em que as informações relativas ao exercício das demais atribuições, que são exercidas por suas Casas Legislativas, se encontram em seus respectivos sítios: <www.congresso.leg.br>, <www.senado.leg.br>, <www.camara.leg.br>.

Como resultado para análise, no âmbito do portal na Câmara dos Deputados¹³⁴ foram identificados um total de trinta e dois Projetos de Lei, sendo um Projeto de Lei Complementar e um Projeto de Decreto Legislativo de 1981 até o dia 06/09/2020 e, no Senado Federal encontramos dezesseis projetos de lei de autoria dos senadores, acrescentando um projeto de lei da Câmara dos Deputados e um projeto de lei de conversão com o acesso aos registros a partir de 1996. Desses projetos, excluímos para a análise desta categoria temática as propostas de lei específicas de cuidados paliativos¹³⁵, permanecendo um resultado de dezenove projetos de lei¹³⁶, no período de 1981 até o dia 06/09/2020, tendo o escopo à eutanásia, o suicídio assistido e a ortotanásia.

Dentre os dezenove que mencionam a eutanásia, selecionamos cinco que se referem à discussão sobre a legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos. Sobre esses projetos discutimos detalhadamente, pois seus propositores ao mesmo tempo que são contrários à eutanásia e ao suicídio assistido, se utilizam do termo ortotanásia em sentidos diferentes daquele que conhecemos, bem como divergentes entre os diferentes projetos que propõem a sua legalização ou criminalização.

A criminalização da eutanásia no Brasil e a “alternativa” da ortotanásia frente à distanásia.

No Brasil, a eutanásia e o suicídio assistido são criminalizados no Código Penal de 1940. Por sua vez, a eutanásia voluntária ativa consta em crime de “homicídio privilegiado” (que prevê redução de pena em relação ao homicídio comum), segundo o artigo 121 do Código Penal, mesmo assim se considerada crime em qualquer hipótese e, dependendo das circunstâncias, a conduta do agente também pode configurar-se como crime de “induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio”, como

¹³⁴ Link com conteúdo explicativo relacionado ao processo legislativo: <<https://www.camara.leg.br/entenda-o-processo-legislativo/>>.

¹³⁵ Foram encontrados dezesseis projetos de lei direcionados exclusivamente aos cuidados paliativos, desde o escopo de estabelecer o Dia Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos até as Diretivas Antecipadas de Vontade.

¹³⁶ Há uma nota no sítio de busca da Câmara dos Deputados, advertindo que “as informações anteriores a 2001, ano de implantação do sistema e-Câmara, podem estar incompletas”. Diante desta ressalva, salientamos que a busca inicial que fizemos, com o intuito de definir a amostra de pesquisa, referiu-se ao conteúdo disponível *online*.

consta no artigo 122 da referida Lei (BRASIL, 2020b). Entretanto, existem divergências sobre a receptividade dessas tipificações na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB). Diante disso, observa-se um descompasso, na sociedade brasileira, entre a moralidade e o legal em alguns aspectos essenciais para a abordagem da temática, tais como o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como fundamento, o fato de que ninguém deve ser submetido à tortura e nem a tratamento desumano ou degradante e o respeito à autonomia da pessoa.

A suspensão do esforço terapêutico tem suporte, entre nós, na Constituição Federal (art. 1º, III, e art. 5º, III), que reconhece **a dignidade da pessoa humana como fundamento** do estado democrático brasileiro e diz expressamente: **ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante**, no Código civil (art. 15), que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos; na Lei 8080/90 (art.7º, III), que reconhece o **direito à autonomia do paciente**; e no código de ética médica, que repete esses mesmos princípios legais e ainda proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de emergência médica de salvação, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento (LIPPMANN, 2013, p. 87, fls.112/120, grifos nosso).

Portanto, tal como ocorreu com a legalização da eutanásia na Colômbia, a interpretação deveria ser que o “direito fundamental a viver de forma digna implica o direito fundamental de morrer com dignidade” (COLOMBIA, 2015)¹³⁷.

Nesse sentido, antes da Constituição de 1988 – que se estabeleceu que a vida humana é um direito fundamental inviolável e que deve ser protegida pelo Estado (BRASIL, 1988) – houveram duas iniciativas de propostas legislativas para legalizar a eutanásia, tendo em vista que não está expressamente tipificada no Código Penal. Ambos os projetos, propunham “permitir ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um

¹³⁷ Conforme a decisão da Corte Constitucional através da sentença C-239 de 1997, que exigiu ao Congresso da República a expedir a regulação respectiva e o Ministério da Saúde e Proteção Social a emitir a diretriz para que as instituições cumpram o direito (COLOMBIA, 2015).

medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares”¹³⁸.

Posteriormente à Constituição de 1988, houveram mais dois projetos, com o mesmo teor, em que, aparentemente a família seria o responsável pela iniciativa, como dizia a proposta: “a família do doente em fase terminal, diagnosticada a total impossibilidade de recuperação das funções neuro cerebrais poderá pedir a um médico a adoção da eutanásia”, sendo que o autor justificava que “hoje, [1991] a medicina previa com segurança, a incurabilidade de certos males crescentemente dolorosos”¹³⁹. Ou seja, eram propostas de eutanásia involuntária, autorizada pelos familiares, direcionadas a pacientes em estado de coma irreversível, num contexto em que o desenvolvimento tecnológico estava se desenvolvendo no Brasil; em que as unidades de terapia intensiva, com as mais sofisticadas “tecnologias duras” podem manter “viva” uma pessoa doente. Esse desenvolvimento contribuiu para o debate sobre o tema da eutanásia, tida como sinônimo de “desligar os aparelhos” para consentir que a pessoa doente morra. De fato, de acordo com Gracia (1990), as unidades de cuidados intensivos, os transplantes de coração e as técnicas de suporte vital, entre outros, são alguns dos agentes desta revolução [tanatológica]. Sem eles, talvez se perdesse muito o sentido do atual debate sobre a eutanásia.

Como se pode perceber, com a Constituição de 1988, é flagrante o conflito entre os direitos fundamentais na Constituição brasileira no que se refere à eutanásia e ao suicídio assistido com o Código Penal, pois ao mesmo tempo que ela prevê a “inviolabilidade da vida humana”, também garante o direito à dignidade humana. Todavia, a interpretação predominante no legislativo federal brasileiro, é aquela que defende o valor da vida como princípio moral absoluto o que revela a tensão entre o princípio da autodeterminação e a sacralidade da vida, como afirmam Siqueira-Batista e Schramm (2008, p. 208, grifo dos autores): “o debate bioético hodierno sobre a *boa morte* repousa, em grande medida, na polarização entre os princípios do respeito à autonomia individual e da sacralidade da vida, o primeiro de “inspiração”

¹³⁸ PL 4662/1981 Dep. Inocêncio Oliveira (PDS-PE) e PL 732/1983 Dep. Inocêncio Oliveira (PDS-PE). Ambos foram arquivados.

¹³⁹ PL 1989/1991 Dep. Gilvam Borges (PRN-AP). PLS 125/1996 Dep. Gilvam Borges (MDB-AP). Esse Deputado, propôs ainda, um plebiscito sobre eutanásia, conforme o PDC 244/1993 Dep. Todos foram arquivados sem discussão com a sociedade.

marcadamente iluminista e o último, de tessitura preponderantemente religiosa, especialmente judaico-cristã”.

A posição fundamentada – sobretudo em valores religiosos – tem motivado, atualmente, a proposição de vários projetos de leis que pretendem aprofundar a criminalização da eutanásia e do suicídio assistido, juntamente com o aborto; conforme analisamos noutro artigo¹⁴⁰.

Diante da interpretação predominante, que defende o valor da vida como princípio moral absoluto, interdito-se em muitos espaços o debate sobre a legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Entretanto, a interpretação simultânea dos princípios fundamentais, faz com que outras práticas de fim de vida – que não interrompam a vida por meio de ação deliberada – sejam possíveis, tais como a ortotanásia, os cuidados paliativos e a respectiva sedação paliativa. Nesse sentido, Castro *et al.* (2016, p. 361) opinam que a “ortotanásia (...) é bem assegurada pela Constituição, pois visa garantir morte digna ao paciente terminal, que tem autonomia para recusar tratamentos desumanos e degradantes”. Ainda assim, aquilo que mais encontramos nos debates legislativos, foram as controvérsias sobre as definições de ortotanásia, a qual, por vezes é associada à eutanásia. Tal fato que tem resultado em várias iniciativas de projetos para “descriminalizar” a ortotanásia, conforme analisamos adiante. Logo, o debate na sociedade brasileira muda o enfoque da eutanásia, para a ortotanásia, inclusive no campo acadêmico da Bioética, segundo o argumento de que “parece, pois, que a *eutanásia* não é uma demanda da sociedade brasileira, a qual não se encontra preparada para tal nível de ingerência no final da vida (...)” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 80, grifo da autora). Desse modo, passou-se, em muitos espaços na sociedade brasileira, a defender a ortotanásia e ao mesmo tempo “propõe-se” que “a eutanásia permaneça como delito privilegiado (...)” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 80).

Os reflexos se aproximam no legislativo federal brasileiro e ganham força na década de 2000 que passa a discutir a ortotanásia como uma prática médica de omissão ou suspensão de tratamentos fúteis, inserindo-a no âmbito dos cuidados

¹⁴⁰ Cf. Práticas de fim de vida: uma análise bioética dos projetos legislativos discutidos na esfera federal do Poder Legislativo Brasileiro.

paliativos, que tem o seu desenvolvimento recente no Brasil, e como remédio para a distanásia (mas também como segurança jurídica aos profissionais e instituições), conforme discutimos a seguir.

A concepção de ortotanásia dos legisladores, suas propostas e os cuidados paliativos.

Dentre os dados coletados para o desenvolvimento desta categoria temática, selecionamos, os referentes aos projetos de legalização da ortotanásia em tramitação na Câmara dos Deputados, no Senado Federal e Congresso Nacional. No intuito de sistematizar as informações selecionadas apresentamos, no formato de quadro, algumas figuras com uma sequência de esquemas visuais de propostas legislativas com os seus respectivos textos explicativos que se relacionam a ortotanásia. Na sequência, exibimos um quadro dos diferentes projetos e discutimos as referidas propostas legislativas sobre a ortotanásia, bem como as associações referidas pelos senadores e deputados federais aos Cuidados Paliativos. Em seguida, reconstruímos o contexto da discussão para refletirmos e nos posicionamos sobre as diferenças/semelhanças da ortotanásia e Cuidados Paliativos.

Quadro 1: Esquema visual de textos explicativos relacionados as específicas matérias.

Identificação da Matéria, Autoria/Partido e Situação.	Textos com as expressões que elucidam o processo argumentativo apresentado nos documentos.
PLS 116/2000 Sen. Gerson Camata (MDB-ES) Em tramitação: Casa Revisora Nº na Câmara dos Deputados: PL 6715/2009	Propõe alterar o Código Penal para excluir de ilicitude a ortotanásia (D141).
PL 3002/2008 Dep. Hugo Leal (PSC-RJ) e Otávio Leite (PSDB-RJ) Tramitando em conjunto.	Propõe regulamentar a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro (D27).
PL 5008/2009 Dep. “Dr.” Talmir (PV-SP) Tramitando em conjunto.	Proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente (D28).

PL 6544/2009 Dep. “Dr.” Talmir (PV-SP) e Miguel Martini (PHS-SP) Tramitando em conjunto.	Dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade (D110).
PL 6715/2009 Sen. Gerson Camata - PMDB/ES (Atualmente em tramitação, substitutivo dos projetos: PLS 116/2000, PL 3002/2008, PL 5008/2009 e PL 6544/2009)	Propõe alterar o Código Penal, para excluir de ilicitude a ortotanásia (D148).
PLS 524/2009 Sen. Gerson Camata – (PMDB/ES) (Arquivado no Senado)	Dispõe sobre os direitos da pessoa que se encontre em fase terminal de doença (D176).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A primeira proposta de legalização da ortotanásia, foi apresentada no Senado Federal (PLS 116/2000). Este projeto acrescentaria ao Código Penal, que “não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão” e, no inciso seguinte, definia que “a exclusão de ilicitude, faz referência à renúncia ao excesso terapêutico, e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte” (D148). A preocupação, como se destaca, permanecia na distanásia, com os recursos terapêuticos que prolonguem artificialmente a vida, permitindo a omissão ou interrupção dos recursos extraordinários, somente. Assim o autor do projeto o justificava,

A figura tipificada no proposto § 6º do art. 121 do CP [“matar alguém”] é a ortotanásia. O homem não tem direito de tirar a vida de seu semelhante, mas **desligar aparelhos não é matar**. Não há polêmica porque não há choque nenhum com o direito canônico ou o direito natural. O direito à vida é se manter vivo com os próprios meios (D143, grifos nosso).

Como se constata, em primeiro lugar aparece a preocupação com o princípio da “não maleficência”, isto é, “não causar danos à pessoa” com doença irreversível; secundariamente, vem a “autonomia da pessoa”, isto é, o “respeito à autodeterminação” ou “pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas” (Cf. BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2004, p. 56).

Para obter apoio ao projeto, o proponente afirmava ainda que havia “evidência de que a ortotanásia conta com o respaldo de amplos setores sociais do País” e que apenas “resta garantir que o próprio paciente possa decidir livremente sobre isso, mesmo quando se encontra impossibilitado de expressar a sua vontade” (D148). Esse projeto tramitou por vários anos e, segundo um dos pareceres que recebeu da Comissão de Constituição e Justiça, não especificava o agente da ortotanásia, podendo ser qualquer pessoa desde que houvesse o atestado médico. Disse o relator:

(...) a proposta em tela não cuida de conduta própria, isto é, não exige que a ortotanásia seja praticada por dois médicos. Exige apenas que eles atestem previamente, em conjunto ou separado, a morte como iminente e inevitável. Assim, **deixar de manter a vida de alguém por meio artificial não será comportamento exclusivo dos médicos atestadores da situação extrema, podendo qualquer pessoa o fazer.** (...) E tal possibilidade nos parece bastante questionável (D141, grifos nosso).

De fato, antes de os projetos posteriores serem apresentados, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elaborou a Resolução nº 1805/2006, conforme Villas-Bôas (2008, p. 77), “(...) referendando a interpretação ora defendida – qual seja, a de que as condutas de ortotanásia são lícitas em nosso ordenamento (...) assim ementada”:

Art. 1º Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico **limitar ou suspender** procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CFM, 2006, grifos nosso).

De acordo com Villas-Bôas, (2008, p. 77), “desde o início essa norma tem sido alvo de críticas por setores jurídicos, a nosso ver infundadas, culminando com sua suspensão liminar em 2007”¹⁴¹. Todavia, em 2010 a liminar foi cassada e o juiz, na sua sentença¹⁴², diz ter chegado “à convicção de a resolução, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que

¹⁴¹ Em 2007, a resolução foi alvo de judicialização através de Ação Civil Pública impetrada pelo Ministério Público Federal, o qual questionou sua validade e constitucionalidade do ato médico do procedimento autorizado pelo CFM, sendo que o juiz concedeu liminar aceitando a tese de infração à CRFB e “suspendendo os efeitos da resolução. Conforme Processo nº 2007.34.00.014809-3 na Seção Judiciária do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf>.

¹⁴² Sentença da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal, favorável aos critérios para a prática médica da ortotanásia.

prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto” (Cf. CFM, 2010). Dentre os pontos do despacho - que o então Presidente do CFM diz que “agrega valor à referida resolução” - está o fato de “entender que a ortotanásia (tema central da ação civil) se insere num contexto científico da Medicina Paliativa” e que apesar da decisão pela sua validade, o “CFM e os CRMs acompanharão a tramitação no Congresso Nacional dos projetos que descriminalizam a ortotanásia no Código Penal” (CFM, 2010), haja vista que, diante da insegurança jurídica gerada, considera “fundamental para medicina e para aqueles que sonham com um fim digno a revisão do nosso Código Penal” (CFM, 2014)¹⁴³; porém, tão somente para “descriminalizar” a ortotanásia. É o que passa a ser defendido, conforme analisamos nas próximas linhas, no Congresso Nacional.

Daqui em diante, os legisladores defensores da ortotanásia, praticamente reproduzem, nos seus projetos, o conteúdo da resolução do CFM, isto é, permitir à medicina a omissão ou suspensão de tratamento/procedimento, agregando a isso a estratégia de associar a prática os cuidados paliativos. É comum nas suas justificativas – como faz o autor do PLS 524/2009 – o destaque de que “as leis brasileiras não dispõem sobre a matéria” e que no âmbito “infranormativo” (D175) a resolução do CFM foi questionada, conforme apontamos.

No entanto, as controvérsias sobre a definição e delimitação da ortotanásia, bem como a apresentação de projetos contraditórios, refletem as disputas políticas e de interesses em torno do problema. Como por exemplo, enquanto alguns deputados apresentam projeto para “regulamentar a prática da ortotanásia” (D27)¹⁴⁴ – definindo-a como “suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com

¹⁴³ Acrescenta-se ainda que a revisão Código de Ética Médica em 2009/2010 permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida da pessoas em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (CFM, 2010). E a resolução que trata da ortotanásia é vinculada à resolução 1995/ 2012 do CFM, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade das pessoas doentes em fase terminal (CFM, 2012).

¹⁴⁴ o PL 3002/2008 de autoria dos advogados Deputados Hugo Leal (PSC-RJ) e Otávio Leite (PSDB-RJ).

enfermidade grave e incurável” (D27) –, outro deputado apresenta proposta para proibir “a suspensão de cuidados de pacientes que apresentarem quadro de Estado Vegetativo Persistente” (D56)¹⁴⁵. O objetivo desse último, como defende o proponente, é “proibir terminantemente tal prática no Brasil, apresentamos proposição que de forma clara e inequívoca procura preservar a vida e a dignidade de todos, pois nunca sabemos se estaremos nessa situação futuramente” (D56).

Curiosamente, o mesmo deputado que possui graduação em medicina – juntamente de um deputado aliado – apresenta no mesmo ano, um outro projeto¹⁴⁶, autorizando, com restrições, a ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos, os quais não eram citados no projeto anterior. Nesse projeto, os deputados defendem que “todo paciente, em especial os que se encontrem em fase terminal de enfermidade, tem direito, sem prejuízos de outros tratamentos que se mostrem cabíveis, a cuidados paliativos proporcionais e adequados” e acrescentam que, “havendo manifestação favorável do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida (...) a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida” e que, nesse caso “a solicitação de limitação ou suspensão dos procedimentos (...) será apresentada pelo médico assistente à junta médica especializada para análise e ratificação ou não da conduta” (D110).

Sobre a incongruência dos projetos, Zarias (2019, p. 156), referindo aos mesmos projetos e suas contradições, comenta que, “de um lado, defende-se o direito de uma morte digna e respeito à autonomia do indivíduo. De outro, o direito à vida, fundado na crença religiosa de reabilitação do corpo cujas funções e viabilidade foram desacreditadas pela medicina”. Também constatamos que a argumentação com resquícios de valores religiosos sobre a sacralidade da vida é comum nas justificativas dos projetos, porém o respeito à autonomia da pessoa é relativizado. De fato, mesmo as propostas que visam ampliar o direito aos cuidados paliativos, restringe a autodeterminação da pessoa doente pois dificulta o direito de decisão do paciente em

¹⁴⁵ PL 5008/2009 do Deputado “Dr.” Talmir (PV-SP).

¹⁴⁶ PL 6544/2009 Dep. “Dr.” Talmir (PV-SP) e Miguel Martini (PHS-SP).

recusar procedimentos/tratamentos, substituindo a atenção a essa decisão que, no cotidiano dos cuidados paliativos é feita pela equipe multiprofissional, por uma junta médica “externa”, à qual o médico assistente submete, pelo que se deduz, a sua decisão, juntamente da “manifestação favorável do paciente” à limitação/suspensão do tratamento.

Provavelmente os legisladores em questão, desconhecem o caráter multidisciplinar e o trabalho multiprofissional nos cuidados paliativos, haja vista que, além deixarem em segundo lugar a autodeterminação da pessoa, nenhum dos proponentes desses projetos, consideram o fato de que um profissional, por mais que lhe seja delegado responsabilidade de decisão, a concretização da omissão ou intervenção para suspender tratamento/procedimento pode não ser somente sua, assim como os resultados. Nesse sentido, vale lembrar, na hipótese que a autodeterminação da pessoa prevaleça, em primeiro plano, que “é moralmente admissível que um enfermeiro se recuse a participar do tratamento de adiamento ou interrupção com base na convicção moral pessoal, ou se ele acreditar que isso contraria os interesses do paciente” (HUDAK, GALLO, 1997, p. 85). Ainda assim, esse último projeto ao qual nos referimos recebeu parecer favorável do relator, que afirma:

Não é, contudo, aceitável a permissão da eutanásia. Tal prática distingue-se em tudo e por tudo do que se propõe neste Projeto. Não permissão ou previsão de uma atitude ativa para pôr fim à vida do paciente, mas única e exclusivamente para a retirada de procedimentos desproporcionais e extraordinários, conforme previsto (D110).

O único projeto em se que colocava no centro da decisão a pessoa doente, foi arquivado no Senado Federal. A proposta dispunha “(...) sobre os direitos da pessoa que se encontre em fase terminal de doença, na tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento”¹⁴⁷. Permaneceu em tramitação, o projeto antigo do mesmo senador, o PLS 116/2000, para excluir de ilicitude a ortotanásia, sendo apensado aos demais projetos sobre o tema, em tramitação na Câmara dos Deputados (Casa Revisora).

¹⁴⁷ PL 524/2009 Sen. Gerson Camata – (PMDB/ES) (Arquivado no Senado).

Todos os projetos sobre a prática da ortotanásia¹⁴⁸ foram apensados e transformados pelo relator deles, para “congregar as várias proposições em uma única” - que “dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade” (D112), num “projeto substitutivo”. Atualmente, o projeto em tramitação é o “substitutivo” do Deputado José Linhares (PL 6715/2009) que prevê o seguinte:

Art. 4º Havendo solicitação do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, pelo médico assistente, após deliberação da junta médica especializada.

§1º Na hipótese da impossibilidade de manifestação da vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação ou à suspensão dos procedimentos de que trata o caput, tal manifestação deverá ser respeitada (D112).

Na sua justificativa, esse relator faz um balanço dos pontos em comum no conjunto dos projetos, dizendo que “todos posicionam-se contrariamente a qualquer alusão à eutanásia” e todos “afirmam ainda, ser igualmente pernicioso manter-se artificialmente a vida de forma desproporcional e, por vezes cruel”, e “contrapõem a essa obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, a prática da ortotanásia” (D112). Porém, recomenda:

No entanto, acreditamos ser imprescindível que a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC (...) proponha também a alteração do Código Penal, para que haja a descriminalização da ortotanásia, que hoje configura crime de homicídio nos termos de seu art. 121. Assim, ficará claro que a ortotanásia consiste prática lícita, ou seja, conduta que se encontra em harmonia com os valores fundamentais do ordenamento jurídico e dos avanços dos direitos da cidadania (D112).

Nesse sentido, aproveitando que está em tramitação no Senado Federal o PLS 236/2012, que propõe “a Reforma no Código Penal brasileiro” e em consonância com

¹⁴⁸ PLS 116/2000, PLS 116/2000, PL 3002/2008, PL 5008/2009, PL 6544/2009, PL 352/2019. Esse último (PL 352/2009), de autoria do Deputado Alexandre Padilha (PT-SP), “dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida” no âmbito dos cuidados paliativos; não menciona ortotanásia ou eutanásia, porém, se adere aos projetos de “descriminalização” da ortotanásia, tendo sido apensado ao PL 6715/2009, que é um “substitutivo” que reúne todos os projetos de ortotanásia.

o projeto sobre ortotanásia em tramitação – na Emenda nº 01 da Comissão Temporária da Reforma do Código Penal, com caráter substitutivo, inseriu-se o texto do PLS 116/2000 do Sen. Gerson Camata (que também foi enviado para a Câmara dos Deputados e apensado ao PL 6715/2009) a fim de alterar o Art. 121 do Código Penal, constando que,

§6º No âmbito dos cuidados paliativos aplicados a pessoa em estado terminal ou com doença grave irreversível, não há crime quando o agente deixar de fazer uso de meios extraordinários, desde que haja consentimento da pessoa ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§7º A situação de morte iminente e inevitável ou de doença irreversível, no caso do parágrafo anterior, deve ser previamente atestada por dois médicos (D155).

Definir-se-á assim, que a ortotanásia será uma prática da Medicina Paliativa, assim como era defendido pelo CFM, isto é, um ato médico no âmbito dos cuidados paliativos como especialidade médica¹⁴⁹ e em sintonia com a ideia da ética biomédica em que, “decisões de não-tratamento, de omissão ou de suspensão de suporte vital *fútil* não são nem devem ser considerados atos de eutanásia, mas de exercício médico regular” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 64, grifo da autora).

De modo geral, se todos os projetos sobre a ortotanásia têm como argumento, que essa prática se distingue da eutanásia, eles passam a associar a prática da ortotanásia aos cuidados paliativos, já que esses não têm sido questionados, sobretudo, pelo poder judiciário. Por conseguinte, passam a redefinir tal prática no âmbito dos cuidados paliativos.

Além disso, se pode perceber, entre as propostas de legalização da ortotanásia, é que o conteúdo dos projetos tem como núcleo, ou significado dado à ortotanásia, a omissão ou limitação e suspensão de tratamentos e procedimentos fúteis, extraordinários, tal como alguns dos antigos projetos de eutanásia o faziam. Mudou-se as nomenclaturas, adaptou-se as justificativas e argumentações, mas as

¹⁴⁹ O projeto original de Reforma do Código Penal, foi elaborado por “uma comissão de juristas durante sete meses”, a qual tipificava a eutanásia com pena reduzida (prisão de dois a quatro anos, ao invés de prisão de seis a vinte anos) e definia no § 1º que “o juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima” (D152). Essa proposta foi retirada pela Emenda nº 01, que “descriminalizou” a ortotanásia e manteve a criminalização, com a pena aumentada, para a eutanásia e o suicídio assistido.

motivações estiveram sempre em torno de impedir o “prolongamento artificial da vida” e do sofrimento, isto é, a distanásia. Havia uma tensão entre quem seria o responsável da ação/omissão e quem seria o centro da decisão. Com o avançar das discussões focadas na ortotanásia e a entrada em cena do CFM e sua bioética, essa questão se definiu e parece ser consenso que a ortotanásia é de responsabilidade médica, bem como sua decisão, ficando o sujeito do processo e a equipe de saúde em segundo plano. As divergências continuam, contudo, sobre a definição de critérios e limites do ato, para distingui-lo da eutanásia. Por conseguinte, acreditamos que associar a prática da ortotanásia – no sentido que se está definindo-a – aos cuidados paliativos parece que ajuda na aceitação da prática da ortotanásia e sua legalização, mas ao mesmo tempo pode causar confusão na própria implantação dos cuidados paliativos, que ainda é precoce como modalidade de assistência em fim de vida, no Brasil.

Ortotanásia sim... eutanásia não?

Vimos que os movimentos no poder legislativo federal em torno da “descriminalização” da ortotanásia como prática médica, se esquivam de qualquer referência ou relação dessa prática com os modos de eutanásia. De outro lado, vinculam a legalização da ortotanásia aos cuidados paliativos, o que nos leva a questionar: é a prática da ortotanásia ou os cuidados paliativos que requerem “descriminalização”? Se é a ortotanásia – já que os cuidados paliativos entram nos projetos como direito de assistência em fim de vida – e essa, conceitualmente significa morte no seu tempo correto, se não abrevia a vida, por que deve ser legalizada? Ao nosso ver, parece que nos termos em que a ortotanásia está sendo definida pelos legisladores ela já não seria mais sinônimo de cuidados paliativos, haja vista que a preocupação é que “nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo de morrer” (PESSINI. BARCHIFONTAINE, 2012, p. 453), ou ainda, “o médico (e só ele) não é obrigado a intervir no prolongamento da vida do paciente além do seu período natural, salvo se tal lhe for expressamente requerido pelo doente” (SANTOS, *apud* VILLAS-BÔAS, 2008, p. 64).

Sendo assim, a preocupação se assemelha mais a uma motivação de se definir a “obrigação médica” que faz sentido “legalizar” a ortotanásia isto é, fazer constar no Código Penal - conforme o projeto em tramitação - que não há crime quando o agente

deixar de fazer uso de meios extraordinários, atestado por dois médicos e com consentimento do paciente ou responsável por ele. Se esse é o sentido dado à “descriminalização” da ortotanásia, parece forçoso associar com aquilo que, de fato, se faz nos cuidados paliativos. Não por acaso, Villas-Bôas (2008, p. 77) referindo-se à derrocada da Resolução CFM 1.805/06 (que autorizou a ortotanásia médica) afirmava que,

Sua suspensão liminar tampouco tem consequências de fato. Porque, a rigor, a resolução sequer era necessária. Ela não ‘permite’ nada. Só ratifica o já permitido. Vem, apenas, dirimir algumas das dúvidas mais comuns dos médicos, no lidar com pacientes em final de vida, ao assentar a conclusão – algo óbvia – de que ninguém é obrigado a morrer intubado, usando drogas vasoativas e em procedimentos dialíticos numa UTI (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 77, grifos da autora).

Sem dúvida, se a resolução do CFM era desnecessária, mais supérflua ainda são as tentativas de “descriminalização” da ortotanásia pelo legislativo federal brasileiro se essa não for desvirtuada do seu real sentido que é similar ao que é praticado nos cuidados paliativos. Portanto, se tem algo para se legislar, sobre as práticas de fim de vida, há que legislar sobre o que é proibido hoje: a eutanásia voluntária ativa e/ou o suicídio assistido; enfrentando tal proibição como construção cultural que pode ser reconstruída de modo que se amplie o respeito a autodeterminação das pessoas diante da morte.

Infelizmente, “no século XX [a eutanásia] passou a ter a conotação pejorativa para muitas sociedades e, pouco a pouco, a representar um mero eufemismo para significar a supressão indolor da vida voluntariamente provocada de quem sofreu ou poderia vir a sofrer de modo insuportável (BARCHIFONTAINE, 2001, p. 287). A raiz da conotação pejorativa e, conseqüentemente de um influxo do debate em torno da eutanásia e da possibilidade de sua prática, segundo Kuhl (2002) ocorreu em virtude de um movimento eugênico internacional, que passou a ter expressão com a fundação, em 1907, da Sociedade Internacional para a Higiene Racial, formada por cientistas que promoviam ideais eugênicos. A aplicação prática desses ideais, conforme Azevedo (2014, p. 666) se deu na Alemanha nazista que implementou um programa de extermínio de pessoas com o termo “eutanásia”.

No Brasil, a fim de descaracterizar a conotação pejorativa que foi dada ao combate à “obstinação terapêutica” ou distanásia – tal como eram os objetivos dos

projetos sobre eutanásia nas décadas de 1980 e 1990 - se estabeleceu o ideal da ortotanásia (morte no tempo certo; bem como a proporcionalidade entre o tratamento e benefícios esperados). Dessa forma, o remédio para a distanásia (morte fora do tempo, postergada por tratamento desproporcional), isto é, para impedir o uso indiscriminado de recursos terapêuticos, ineficazes – os quais ao invés de trazer soluções aceitáveis para a pessoa doente, muitas vezes, ocasiona mais sofrimento – passou a ser a ortotanásia, exclusivamente. O que era para ser uma das opções de morrer bem, passou a ser a única opção; portanto, com autodeterminação pessoal restrita, limitada. Há, contudo, uma obscuridade sobre uma possível definição do que seja, “morte no tempo certo” e “proporcionalidade terapêutica”; o que convém refletir.

Pessini (1997), teólogo bioeticista e grande defensor do ideal da ortotanásia - não como alternativa, mas como única opção - afirma que nessa prática cuidar-se-ia do combate a distanásia, isto é, deixa-se de prolongar a vida inutilmente para que a morte ocorra no tempo certo pela ortotanásia. Certamente, o ideal da ortotanásia, foi uma ótima saída para a teologia dialogar com a bioética e defender a ortotanásia como saída para a incompatibilidade do princípio da santidade da vida e a distanásia; uma alternativa para descaracterizar a insensibilidade que tal princípio poderia trazer ao não permitir nenhuma forma de intervenção no processo de morrer. É o que afirma o teólogo bioeticista Leonard Martin, citado por Pessini (2012, p.151, grifos nosso).

Sobre o fim da vida, o diálogo [entre a teologia e a bioética] também se torna importante. A questão da eutanásia, por exemplo, muitas vezes gira em torno de um falso dilema, como se as pessoas religiosas que se opõem à eutanásia fossem por isso, insensíveis e cruéis, prontos a sacrificar alguém no altar de normas imutáveis e permitir o sofrimento atroz de uma pessoa concreta em nome de um princípio abstrato superior. O diálogo sobre a arte de morrer revela que, **diante do sofrimento intolerável ou de uma vida mantida vegetativamente, pode-se explorar outras avenidas – que não seja simplesmente matar a pessoa portadora da dor ou do sofrimento.** Muitas vezes a dor tem remédio e pode ser contornada por sedação, enquanto o sofrimento causado por isolamento e abandono, atuais ou temidos, pode ser enfrentado propiciando à pessoa a experiência de presença, de carinho, de amor gratuito.

Ou seja, se por um lado, o abandono e o isolamento não devem ser admissíveis. Por outro lado, as intuições sociais, sobretudo, a família e o Estado, não podem abandonar a pessoa que sofre. A dificuldade, que se percebe, é que, ao tentar

recusar o absolutismo da santidade da vida como princípio abstrato, se eleva a ortotanásia como norma absoluta e não como princípio que admite exceções. De maneira que se transforma em meio possível para dar soluções a todos os males e sofrimentos com os quais nos deparamos no processo de morrer e na morte, ou como afirmou Martin mencionado por Pessini (2012) – para a “dor”, “sedativos”; para o “isolamento e abandono”, “presença, carinho e amor”.

Assim, se aprofundam as divergências, em que a pessoa pode decidir mais além de refutar tratamentos considerados fúteis mediante a sua autodeterminação e responsabilidade pessoal. Todavia, diante de sofrimentos intoleráveis e irreversíveis, ao admitir a ortotanásia como única opção, não como alternativa, mas como regra ou norma legal, a autodeterminação da pessoa e, por conseguinte sua dignidade humana, são limitadas. Aos defensores da ortotanásia existem diferenças moralmente relevantes entre as práticas, de modo que a eutanásia seria moralmente incorreta e, como vimos, essa concepção filosófica se reflete no legislativo, e que podem repercutir em normas limitadoras ou contraditórias. Nesse sentido,

O direito produz o resultado aparentemente irracional: por um lado, as pessoas podem optar por morrer lentamente, recusando-se a comer, recusando-se a receber um tratamento capaz de mantê-las vivas (...); por outro, não podem optar pela morte rápida e indolor que seus médicos poderiam facilmente conseguir lhes. Muitas pessoas – médicos, inclusive – acham que essa distinção não é irracional, mas, ao contrário, essencial; acreditam que os médicos não devem transformar-se em assassinos. Para muitas outras pessoas, porém, esse princípio parece cruelmente abstrato (DWORKIN, 2003, p. 259-260).

Diante disso, os questionamentos à ortotanásia – no sentido que tomado pelo legislativo – se fazem necessários porque há controvérsia nos limites explicitados que distinguem a ortotanásia da eutanásia passiva, tal como ocorre na Bioética. Nesse sentido, há autores que fazem distinções entre eutanásia passiva e ortotanásia, que reflete bem os posicionamentos dos legisladores baseados nos conceitos na proporcionalidade dos recursos terapêuticos. Por exemplo, Villas-Bôas (2008, p. 63), afirma que, “na eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e proporcionais, que poderiam beneficiar o paciente”. Enquanto na ortotanásia, as

Condutas médicas restritivas, são lastradas em critérios médico-científicos de indicação ou não-indicação de uma medida, conforme a sua utilidade para o paciente, optando-se conscienciosamente pela abstenção, quando já não exerce a função que deveria exercer, servindo somente para prolongar artificialmente, sem melhorar a existência terminal” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 63).

Deduz-se assim, que nessa visão utilitarista, a morte *correta*, isto é, no seu tempo certo - de acordo com o conceito de ortotanásia – seria definido muito mais pela decisão sobre a ineficácia de um recurso do que pela pessoa que sofre. A racionalidade da ciência seria não apenas o fundamento da omissão ou suspensão de tratamento ou procedimento, mas o critério para que a pessoa possa decidir se os recusa. Como se vê, em defesa da ortotanásia, o discurso médico-científico é acionado para sustentar a argumentação, mas não para a eutanásia porque essa possui como núcleo a vontade e autonomia da pessoa que sofre. Todavia, deixa em aberto o como e o quem define o tempo certo para morrer, continua sendo o enigma da prática da ortotanásia como se almeja legalizar. Essa é uma das indagações, caracterizada por Siqueira-Batista e Schramm (2005, p.114, grifo nosso):

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

De acordo com esses autores, as inconsistências do significado do termo e da prática da ortotanásia, trazem mais questionamentos e confusões. Portanto, o estabelecimento da expressão ortotanásia no debate bioético, sobre a finitude da vida, pouco contribuiu para soluções razoáveis. Por sua vez, se pondera que não é o caso de se excluir do debate a ortotanásia e, por conseguinte, seus defensores e, sim,

esmiuçar a construção de seus argumentos para contribuir no diálogo e debate com soluções razoáveis (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Nossa conclusão então, é que os cuidados paliativos prescindem da legalização da ortotanásia que se almeja no legislativo. Os cuidados paliativos têm como princípio norteador o cuidar da pessoa com foco nas suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, e não na doença em si (DOYLE *apud* SILVA; AMARAL, 2013). Os cuidados paliativos não promovem distanásia nem eutanásia. Pelo contrário, seguem o princípio, ético moral, da ortotanásia. Portanto, o debate sobre legalização da ortotanásia, nos termos em que se pretende, deveria ser desvinculado dos cuidados paliativos e, ao invés de se discutir “descriminalização” da ortotanásia, o poder legislativo deveria discutir abertamente a eutanásia; ao invés de continuar impondo limites a autodeterminação das pessoas diante da morte.

Em face do que já se disse, é ponderável considerar – no debate em torno da eutanásia, como possibilidade de se interferir no processo de morrer a pedido da pessoa doente e no sentido de evitar sofrimentos e favorecer a “boa morte” – os seus influxos constantes ao longo da história, devido, dentre outros motivos, aos projetos eugenistas e crenças cegas de adesão incondicional. No entanto, diante dos avanços científicos e tecnológicos na área das ciências da saúde e predomínio do paradigma biologicista – que possibilitam hoje, mais do que nunca, não apenas prolongar a vida de uma pessoa doente e em fase final de vida mas, também de antecipá-la, muitas vezes, sutilmente – e diante da impossibilidade da biomedicina em prover a cura de todas as doenças, inevitavelmente traz à tona o debate em torno da eutanásia. Para setores da biomedicina e, como vimos, para os legisladores, a ortotanásia tem sido a forma não apenas de enfrentar o debate sobre a distanásia, mas também um meio de se recusar ao debate propriamente dito sobre a eutanásia e suicídio assistido e negar, a partir de suas convicções morais, que existe um problema social que persiste e toma vulto. Como afirma Gracia (2010, p. 446), sempre haverá pessoas que considerarão preferível a morte a seguir vivendo, por questões que nós não podemos resolver; por exemplo, a doença que leva à invalidez, a dor intratável, o sofrimento psicológico, o risco da indignidade moral, a coerência com o próprio credo religioso, entre outros. Este é um fenômeno universal: todos querem viver, mas não a qualquer preço.

Em outras palavras, não se pode ignorar que ocorrem pedidos de eutanásia e considerar que é um “falso conflito ético”, que pode ser suprido pela ortotanásia ou cuidados paliativos. Inclusive, o pedido se caracteriza quando é um pedido consciente e que se repete por certo tempo, com argumentações fundamentadas em valores intrínsecos e vivências, em que a própria pessoa doente considera a vida insuportável e acredita que a degradação física do seu corpo bem como, psíquica e espiritual, tenham ocasionado já uma morte em vida, sem dignidade e sentido de existência.

Considerações Finais

A pesquisa nos proporcionou evidenciar que os diferentes projetos apresentados no legislativo brasileiro e suas justificativas, fazem distintas classificações de práticas de fim de vida, distinguindo a eutanásia da ortotanásia e buscando respaldo para essa última inserindo-a no âmbito dos direitos aos cuidados paliativos, isto é, como uma prática inerente a essa modalidade assistencial. Vimos que, conceitualmente, ortotanásia e cuidados paliativos estão em consonância. Porém os significados dados pelos legisladores à prática da ortotanásia acaba deturpando seu verdadeiro sentido, bem como, desvirtuando o significado de eutanásia.

Os dois projetos atualmente em tramitação, um deles na Câmara dos Deputados, que estabelece os critérios da ortotanásia, e o outro no Senado Federal, que a descriminaliza, em linhas gerais, permite ao médico assistente sob uma junta médica especializada - no âmbito dos cuidados paliativos – limitar ou suspender procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, aplicados a pessoa em estado terminal ou com doença grave irreversível, desde que haja consentimento da pessoa ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão (Cf. PL 6715/2009, PLS 236/2012). Tal proposta, na verdade, dificulta o que de fato ocorre atualmente na prática de cuidados paliativos, de modo eticamente aceitável e de acordo com a autodeterminação da pessoa como é constitucionalmente previsto e dentro dos limites legais vigentes. Logo, as proposições, como estão apresentadas pelos legisladores, estão longe de ampliar a autonomia das pessoas em fim de vida e seu direito de morrer com dignidade, pelo contrário, pode significar ainda mais restrições.

Além disso, a disputa política pela legalização da ortotanásia no âmbito dos cuidados paliativos nos pareceu muito mais uma instrumentalização desses últimos para respaldar ou dar segurança jurídica a um ato médico que se convencionou denominar de ortotanásia, associando-a aos cuidados paliativos. De fato, olhando para ambos os conceitos – ortotanásia e cuidados paliativos – percebe-se claramente que é contraintuitivo criar uma lei para se permitir fazer o que é correto e para autorizar alguém a pedir para si, uma ação ou omissão que considere a mais benéfica.

De certo modo, coincidentemente ou não, os posicionamentos dos legisladores para fundamentar suas justificativas, estão em comum acordo com a concepção filosófica da ética biomédica e o paternalismo vigente, que dão novos significados ao conceito para apresentar a prática como alternativa à eutanásia e ao suicídio assistido. O desfecho disso, com a aprovação das leis, parece nos levar a crer que estaria solucionada a falta de autonomia que as pessoas têm diante de doenças incuráveis que levam a sofrimentos irreversíveis e da institucionalização (medicalização e hospitalização) da morte. Além disso, associar a ortotanásia – no sentido em que se deu nos projetos para a sua legalização – aos cuidados paliativos, pode prejudicar a ampliação desses serviços à saúde e o acesso a esse direito, pois pode passar a impressão aos gestores e à sociedade em geral, de que essa modalidade assistencial precisa de legalização.

Ao contrário disso, no que diz respeito aos cuidados paliativos, visto no âmbito do direito à assistência universal e integral à saúde e do direito humano de morrer com dignidade, não há motivos para associá-los à ortotanásia – no sentido que se quer “descriminalizar”. Os cuidados paliativos são um modo de cuidar embasado em reflexões éticas que respeitam a autonomia da pessoa doente em fim de vida e seus familiares, num contexto em que o titular da vida não pode considerar a eutanásia - ou suicídio assistido - como opção de dar fim ao seu sofrimento. Diante desses obstáculos, os cuidados paliativos, em sua essência, buscam propiciar a morte no tempo certo (ortotanásia) determinado, dentro dos limites legais, pelo “próprio titular da vida em questão” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 114, grifo nosso). Mesmo que os princípios dos cuidados paliativos e sua prática não incluam a abreviação da vida, é comum e aceitável de todos os modos, a opção da pessoa doente em fim de vida, obter a Sedação Paliativa para a supressão da consciência e o consequente alívio do sofrimento, até que a morte chegue, conforme investigamos

num outro estudo (Cf. EICH *et al.* 2018, p. 740). Trata-se, portanto, de um modelo assistencial que deveria se transformar em regra, como direito à saúde e, eventualmente, a eutanásia voluntária ativa (legislada e regulamentada) em exceção. Se assim fosse, sequer haveria razão a “descriminalização” da ortotanásia. É nesse sentido que afirma Gracia (2010, p. 535): “se os cuidados paliativos são importantes, os são por si mesmos e não como meio para evitar a eutanásia” ou – acrescentaríamos – a ortotanásia como prática médica, no sentido em que se convencionou denominar e atuar no legislativo federal brasileiro.

Referências Bibliográficas

AZEVEDO, M. A. O. Eutanásia e suicídio assistido. *In*: João Carlos Brum Torres. (Org.) **Manual de ética**: questões de ética aplicada. Petrópolis, RJ: Vozes; Caxias do Sul, RS, 2014.

BARCIFICONTAINE, C. P. A dignidade no processo de morrer. *In*: BARCIFICONTAINE, C. P, PESSINI, L. (ORGs). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001, p. 283-296.

BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução: Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida**: ética, ciência e saúde. 1ª ed. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE, HUCITEC, CEBES, 1993.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação. **Constituição Federal de 1988**: Constituição Federal de 1988 atualizada até a Emenda Constitucional nº 107/2020. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020a. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. [*Código penal (1940)*]. **Código penal e de processo penal** / Marcia Maria Bianchi Prates (Org). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2020b. 265 p. Disponível em: < https://livraria.camara.leg.br/index.php?route=product/product&path=2_5&product_id=323>. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Regimento Comum**: Resolução nº 1, de 1970-CN. (texto consolidado até janeiro de 2019). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: < <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/regimento-do-congresso-nacional>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. MS. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 24/05/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 03 ago.2019.

CASTRO, M.P.R. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Justiça valida Resolução 1805, que trata sobre ortotanásia**, 2010. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21154:justica-a-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia&catid=3> Acesso em: 19/11/2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Os limites da vida e as limitações da Justiça do Brasil**, 2014. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24947:os-limites-da-vida-e-as-limitacoes-da-justica-do-brasil&catid=46:artigos&Itemid=18> Acesso em: 19/11/2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm.> Acesso em: 19/11/2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1995/ 2012**. Brasília-DF. Disponível em:< http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 02 fev.2017.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina**, 2019. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 06 ago.2019.

COLOMBIA. Ministerio de salud/ Protección Social. República de Colômbia. **Resolución número 00001216 de 2015**. Disponível em:< https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf>. Acesso em: 20 mar.2017.

DWORKIN, R. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Martins Fontes, 2003.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index**: ranking palliative care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: < <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

EICH, Melisse et al. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 733-744, 2018.

FERRAZ, O. L. M. Eutanásia e homicídio – matar e deixar morrer: uma distinção moralmente válida? **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 108-114, 2001.

GRACIA, D. Historia de la eutanasia. In: Gafo J. **La Eutanasia y el Arte de Morir**. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, p. 13-32, 1990.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. 1ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2010.

GRACIA, D. **Ética de los confines de la vida**. Ética y Vida: Estudios de Bioética, nº3. Editora: Editorial el búho Ltda, 1998.

HOLANDA. Government of the Netherlands. **Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request**. 2017. Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/euthanasia/contents/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

HUDAH, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997.

KUHL, S. The Nazi connection: Eugenics, American racism, and German national socialism. **Oxford University Press**, 2002.

LEPARGNEUR, H. Bioética da Eutanásia Argumentos Éticos em Torno da Eutanásia. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009.

LIPPMANN, E. **Testamento Vital: o direito a dignidade**. São Paulo: Matrix, 2013

MARTIN, L.M. Eutanásia e distanásia. COSTA, S. IF; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-193

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PACHECO, L.B.; RICCI, P. **Normas regimentais da Câmara dos Deputados [recurso eletrônico]: do império aos dias de hoje**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? In: VALDEMAR, A. A. et al. (Org). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas Atuais de Bioética**. 10ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo – Edições Loyola, 2012.

PESSINI, L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, 2010.

SANTOS, L.C.A; NETTO, M.G.N; CARNEIRO, A.C.S. **Curso de regimento comum do Congresso Nacional [recurso eletrônico]**. 2º ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, R, SCHRAMM F. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21(1):111-9

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 207-221, 2008.

SILVA, R.S. da; AMARAL, J.B. do. Trajetória Histórica do Movimento Hospice Moderno e as contribuições de uma enfermeira. **In**: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em Cuidados Paliativos**: cuidados para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

VILLAS-BÔAS, M.E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.

ZARIAS, A. A ordem pública do corpo humano e suas fronteiras legislativas no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 21, n. 52, p. 132-161, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222019000300132&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2020.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso ponto de chegada nos remeteu ao ponto de partida. Todavia, temos agora uma conjuntura refletida em que se pode compreender que, infelizmente, muitos atores seguem ludibriando os processos de autodeterminação e responsabilidade na construção da liberdade individual e coletiva.

Com efeito, identificamos um frequente movimento para legitimar ações humanas direcionadas à transferência de responsabilidades e tomadas de decisões que coexistem para o desenvolvimento da própria personalidade. Além disso, diferentes realidades apresentaram uma forte tendência de não se reconhecerem em si mesmas as suas reais funções sociais e objetivos diante da complexa estrutura humana e as suas delimitações intransponíveis, transparecendo os efeitos práticos destes acontecimentos.

Visto que as transformações cotidianas no percurso de um ciclo vital entre o nascer, o adoecer e o morrer possuem um delineamento entre vitalidade e liberdade adquirida em sociedade, constatamos fortes resquícios históricos de uma valoração baseada em interesses políticos, corporativos e privilégios particulares que se transcenderam a valores instrumentais. Logo, categorias de valores referentes às dimensões morais, se mostraram corrompidas para o usufruto de ideias e definições que buscaram modificar as bases humanas universais através de distintos traços e características – que, por sua vez, se mostraram reveladas e, de uma certa forma, materializadas no desenvolvimento de cada ser humano na inteligência senciente – de justo e injusto, do digno e indigno, do legítimo ao ilegítimo.

Em outros termos, o ajuste entre compromisso pessoal e interpessoal se afastou de um compromisso humano de pessoa enquanto pessoa e se auto extinguiu na construção de uma sociedade mais justa e livre. Fazendo, uma analogia, é como se os tipos de realidades terminassem por convergir em intermediários, descaracterizando o exercício interno de enfrentamento de obstáculos e dificuldades oriundas de um comportamento coletivo e individual, no estabelecimento de normas que conduzam a própria história oportuna no intercâmbio de benefícios e privilégios.

Inegavelmente, Gracia (2011) e Berlinguer (1993) pensaram, com muita propriedade, a necessidade de se esmiuçar as interpretações manifestadas pelos seres humanos em suas fortes ambivalências para a composição de uma sociedade reflexiva às conexões basilares que os estruturam. Tanto descrito por Gracia (2011, 110-111),

Dissemos antes que todas as realidades são apoios de valores intrínsecos e instrumentais. Isso faz com que muitas coisas com valor intrínseco sejam negociadas, não por causa de seu valor intrínseco, mas por causa do valor instrumental que elas possuem. Obviamente, isso acontece com todos aqueles que são definidos por seu valor instrumental, como acontece com todos os objetos técnicos. Mas isso também acontece com realidades que não são meros instrumentos técnicos e, portanto, não são definidas por sua natureza técnica, mas por seus valores intrínsecos.

Como delineado por Berlinguer (1993, p. 19-20, grifos do autor) ao alegar que

Hoje as ciências da vida estimulam uma reflexão teórica mais ampla e suscitam dilemas mais dilacerantes. Além de uma *bioética da vida cotidiana*, que se refere aos comportamentos e às ideias de cada pessoa, a multiplicação das profissões coligadas à pesquisa e ao uso de descobertas biomédicas ressalta uma *bioética deontológica*, um ou mais códigos morais dos deveres profissionais; existe, além disso, tendência crescente a promulgar e interpretar, pelos Estados, normas reguladoras que tenham valor de lei: a *bioética legal* ou *bioius*; e, enfim, procura-se compreender princípios e valores que estão na base das reflexões e das ações humanas nestes campos: pode-se falar por isso de *bioética filosófica*. A riqueza e complexidades do tema estão na interseção destes quatro planos.

Neste alinhamento, construímos as bases da pesquisa, ponderando sempre aos seres humanos, o suporte dos valores intrínsecos mais elevados (como são a dignidade, a inteligência, entre outros), que os definem como pessoa. Portanto, não podem ser objetos de comércio, isto é, não podem ser usados simplesmente como meio, mas como fim em si mesmo. As implicações morais de uma análise incessante de valorações que se movem na vida cotidiana, ao longo da história, e as (im)possíveis transferências aos seres materiais de seu espaço definido nos seres humanos e seus valores espirituais, originaram os principais problemas da investigação moral que

propomos nessa pesquisa englobando a ciência, a ética, o direito e a própria política, relacionados ao processo de viver e morrer em realidades diversas, afetadas do real.

Assim, para pensar tais realidades, articulamos as ideias desenvolvidas por Diego Gracia (2010) com a Bioética da Responsabilidade e por Giovanni Berlinguer (2004) através da Bioética Cotidiana. A partir desses referenciais, arguimos pela necessidade de se expandir os cuidados paliativos no Brasil, como estratégia para melhorar a qualidade de morte das pessoas com doenças crônicas degenerativas e em estágio avançado, sem excluir, ao mesmo tempo, do seu entorno a possibilidade da eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido – nas suas peculiaridades – enquanto responsabilidade e direito de autodeterminação da pessoa. Nesse sentido, parafraseando Gracia (2010, p. 377) “(...) um mundo tão complexo como o atual necessita de personalidades conscientes de suas responsabilidades. Educar na responsabilidade, fazer que as pessoas tenham uma visão responsável do mundo e da vida. Este, é para mim, o grande compromisso pendente de nossas sociedades”.

Por sua vez, na busca de abrangermos o exercício interno e externo da legalidade de uma ação, admitimos a inexistência de regras morais absolutas, isto é, regras ou normas que não admitam exceções. Assim como, Gracia (2010), não excluimos a possibilidade da eutanásia em situações excepcionais. Por isso, acreditamos que a eutanásia voluntária ativa jamais poderia se converter numa regra ou como pretexto para se dispensar ou não permitir a expansão dos cuidados paliativos ou negar o direito de assistência à saúde em fim de vida. Ao contrário, a regra deve ser os cuidados paliativos; a eutanásia voluntária ativa ou suicídio assistido a exceção. Isso implica que o não abandono, o não isolamento e a melhoria da assistência na finitude da vida deve ser o objetivo principal. Somente assim a eutanásia voluntária ativa poderia ser vista no âmbito dessa assistência como uma alternativa ou escolha pessoal.

De modo semelhante, Berlinguer (2010) também não se opõe ao direito de livre decisão. Todavia, defende a conexão com a justiça social – uma sociedade que garanta ao mesmo tempo as liberdades individuais – através de um sistema de saúde constituído pelo princípio da igualdade equitativa, isto é, que garanta o acesso universal e equitativo à saúde e, por conseguinte aos cuidados paliativos. Efetivamente, ambos os autores, nas suas abordagens bioéticas se empenharam na

reflexão de liberdade humana e vitalidade em defesa de uma justiça social para superar os paradoxos construídos em sociedade, como averiguamos nos resultados de pesquisa, e contestando elementos provenientes, por exemplo, das teorias liberais, bem como da ética biomédica de Beauchamp e Childress (2002).

Em suma, enquanto as produções textuais elaboradas e defendidas por Gracia (2010) na Bioética da Responsabilidade subsidiaram o esclarecimento de elementos expressos na construção de valores mediante as discussões legislativas relacionadas a temática – processo de morrer e morte –, a Bioética Cotidiana desenvolvida por Berlinguer (2004) contribuiu para que acentuássemos as divergências e convergências absorvidas na dimensão moral, no contexto brasileiro e pudemos identificar fortes resquícios históricos de uma valoração baseada em interesses e privilégios particulares que destoam da noção de equidade social com liberdade e autonomia no processo de vida e morte no sistema de saúde. Nesta perspectiva, o panorama que estabelecemos através dos projetos de lei, requerimentos, proposições de plebiscito e audiência pública e discursos em plenária no legislativo federal brasileiro nos levaram ao cerne das indagações associadas às conquistas humanas, ou seja, na restituição do agir moral diante das inúmeras realidades concretas às pessoas. Além disso, o percurso para conhecer as legislações de países que possuem normas para o processo de morrer e a morte com dignidade, trouxeram ponderações de aspectos importantes e universais na construção de valores de todo ser humano na relação de si e em sociedade que nos levaram a confrontar com a realidade brasileira.

Inclusive, a partir dos autores que nos proporcionaram embasamento teórico-prático, defendemos que os cuidados paliativos poderia se transformar na regra para o bem morrer, e possivelmente a eutanásia voluntária ativa e regulamentada, em exceção, vale dizer, como direito de escolha livre e responsável sobre quando e como morrer. Desde que a dignidade humana seja compreendida e exercida na integração de um processo político e histórico internalizado na própria construção coletiva de valores.

Em outras palavras, as discussões sobre eutanásia e/ou suicídio assistido – ao se manterem na força de vitalidade e liberdade do ser humano, que se expressa inerente à dignidade humana e, por sua vez, se estruturam no fundamento do

reconhecimento destas práticas – tendem ao direito de viver e de morrer com dignidade e, por isso, poderiam nos colocar no ponto de chegada, novamente, dando sequência ao movimento dinâmico do ciclo de vida humano.