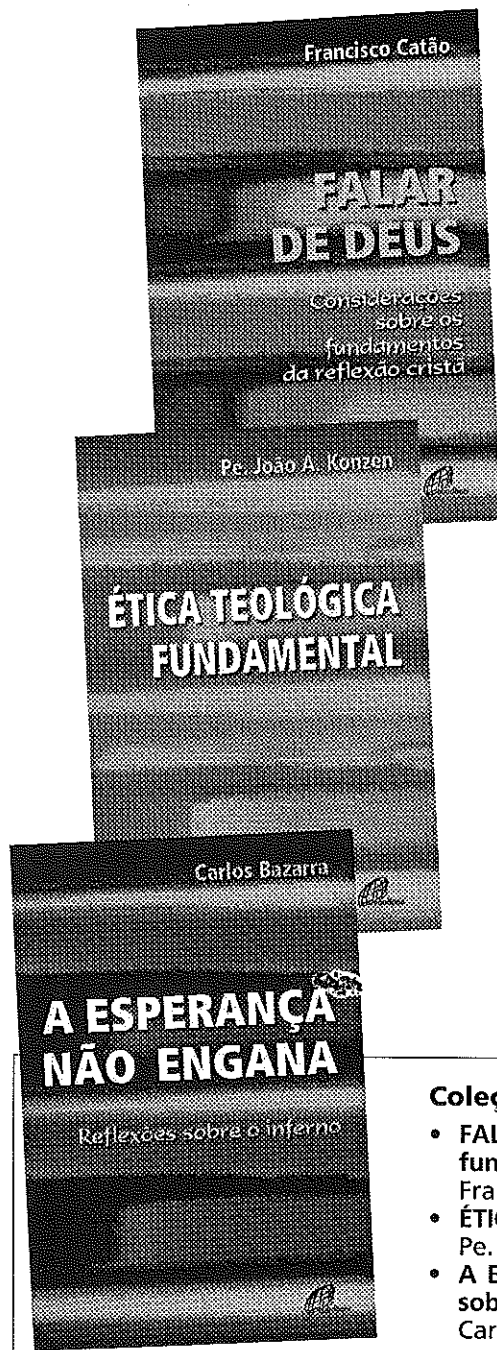


Iniciação Teológica



Cursos de Teologia e Ciências da Religião têm-se multiplicado pelo Brasil nos últimos anos. O crescente interesse por tais temáticas já ultrapassou há tempos os restritos círculos eclesiais. Entretanto, constata-se uma carência de títulos para atender a essa demanda. Há, no mercado, muitas obras de valor para pessoas já familiarizadas com o universo teológico e outras, de cunho mais pastoral ou catequético, destinadas a subsidiar a reflexão em círculos bíblicos e escolas da fé. A coleção "Iniciação Teológica" dirige-se especialmente a quem dá os primeiros passos acadêmicos nos estudos teológicos.

Concebida e assessorada pelo teólogo Afonso Soares, seu propósito é acolher textos de pesquisadores experimentados na docência das várias disciplinas que compõem o currículo acadêmico das Faculdades de Teologia e Ciências da Religião. Este novo projeto editorial tem uma preocupação didática: adequar-se às reais necessidades do estudante iniciante, utilizando uma linguagem acessível sem abrir mão da qualidade do conteúdo.

Coleção "Iniciação Teológica"

- **FALAR DE DEUS:** considerações sobre os fundamentos da reflexão cristã
Francisco Catão
- **ÉTICA TEOLÓGICA FUNDAMENTAL**
Pe. João A. Konzen
- **A ESPERANÇA NÃO ENGANA:** reflexões sobre o inferno
Carlos Bazarra

A DISTANÁSIA NA TRADIÇÃO ECLESIAL E NA DISCUSSÃO TEOLÓGICA CONTEMPORÂNEA

Pe. Dr. Leocir Pessini

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

A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte (*João Paulo II – Evangelium Vitae*).

INTRODUÇÃO

Nossa reflexão ético-teológica retoma a herança de Pio XII (1957) a respeito do uso de analgésicos que tiram a consciência e indiretamente abreviam a vida dos doentes, e os conceitos de meios ordinários e extraordinários de tratamento. Seguimos, por ordem cronológica de surgimento, apresentando os principais documentos da Santa Sé relacionados à questão em estudo: a *Declaração sobre Eutanásia* – 1980 (Congregação para a Doutrina da Fé); *Questões éticas relativas aos doentes graves e moribundos* – 1981 (Pontifício Conselho Cor Unum), o documento sobre o *Prolongamento da vida e a determinação da morte* – 1985 (Pontifícia Academia de Ciências); a *Carta aos profissionais da saúde* – 1995 (Pontifício Conselho da Pastoral da Saúde); a *Encíclica Evangelium Vitae* – 1995 (João Paulo II) e o do-

cumento sobre a *Dignidade da pessoa que está morrendo* – 1999 (Declaração final da V Assembléia da Pontificia Academia da Vida). Avançamos com os pronunciamentos do magistério de conferências episcopais dos Estados Unidos, França e Canadá. E por fim, apresentamos as chamadas diretrizes avançadas de vida, os testamentos de vida, que têm grande apreço e incentivo por parte não só da Igreja Católica, mas também de outras Igrejas cristãs, e que visam fundamentalmente proteger o ser humano no final da vida, a fim de não se tornar vítima fácil e nem prisioneiro da tecnologia.

1. A HERANÇA QUE CHEGA DE PIO XII

O Papa Pio XII – embora não tenha considerado os aspectos pedagógicos da moral, atendo-se a uma moral de princípios objetivos, própria de seu tempo enquanto hoje incluímos os aspectos da subjetividade – antecipou-se aos tempos com notável presciência em relação a toda a problemática que envolve a discussão bioética hodierna em torno do investimento terapêutico na fase final da vida, da dignidade humana e da utilização de todo o instrumental técnico-científico. Em seus numerosos discursos dirigidos aos profissionais da saúde na época, o Papa deixa explícita a posição da moral cristã católica¹.

Pio XII, enquanto rejeita a eutanásia provocada, aponta para o controle de medicamentos analgésicos para combater a dor, como meio de garantir o respeito pela dignidade e pela autonomia da pessoa durante o processo do morrer.

Enfocando a autonomia, o texto diz que a pessoa não deve fugir das suas responsabilidades para com os outros e para consigo mesmo só porque está no fim:

¹ Cf. FRIDERICHS, E. (Coord.). *Mensagem de Pio XII aos médicos*: alocações de Pio XII a médicos, estomatologistas, farmacêuticos, enfermeiros, enfermeiras, parteiras, estudantes e doentes.

O moribundo não pode permitir, e, menos ainda, pedir ao médico que lhe provoque o estado de inconsciência, se com isso se coloca em estado de não poder satisfazer a deveres morais graves, por exemplo, ao dever de regular negócios importantes, de fazer o seu testamento e de se confessar².

Isso não significa que não se deva tratar adequadamente a dor. A grande preocupação é que o paciente terminal seja protagonista da própria morte e que o controle da dor esteja em função desta realidade.

O pensamento de Pio XII reconhece o valor salvífico do sofrimento humano em certas situações, mas não há nenhuma obrigação de deixar de utilizar analgésicos, quando necessário. Não há um culto à dor ou ao dolorismo; pelo contrário, o alívio da dor é um bem. O valor fundamental é o amor a Deus, não o sofrimento.

Ora, o crescimento no amor de Deus e no abandono à sua vontade não provém, em si, dos sofrimentos que se aceitam, mas da intenção voluntária sustentada pela graça. Esta intenção, em muitos moribundos, pode fortalecer-se e tornar-se mais viva, atenuando-se os sofrimentos do padecente; porque estes agravam o estado de fraqueza e de esgotamento físico, embaraçam o ímpeto da alma e ameaçam as forças morais em lugar de as sustentar. Pelo contrário, a supressão da dor proporciona um alívio orgânico e psíquico, facilita a oração e torna possível uma entrega mais generosa de si mesmo nas mãos de Deus³.

A problemática concreta levantada era se a utilização de analgésicos continuava a ser legítima, mesmo quando seu uso tivesse como conseqüência a abreviação da vida. Pio XII resolve a questão lançando mão da distinção entre *direta* e *indireta*.

² PIO XII. Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie (24/02/1957). *AAS*, v. 39 (23/03/1957), p. 129-147. Em português: PIO XII. Discurso... sobre anestesia. In: FRIDERICHS, E. op. cit., p. 340.

³ FRIDERICHS, E. op. cit., p. 339.

Em primeiro lugar, toda a forma de eutanásia direta, isto é, a administração de narcóticos com o fim de provocar ou apressar a morte, é ilícita, porque nesse caso pretende-se dispor diretamente da vida. Um dos princípios fundamentais da moral natural e cristã é o de que o homem não é senhor nem dono, mas somente usufrui de seu corpo e de sua existência. Ora, o homem arroga-se o direito de disposição direta da vida toda vez que quer encurtá-la como fim ou como meio⁴.

Claro que a visão de Pio XII é a de que a vida humana como dom de Deus é o grande valor, e toda intenção de abreviá-la é imoral. Porém, este não é o caso quando se usam narcóticos com finalidade explícita de aliviar a dor.

Se entre a narcose e o encurtamento da vida não existe nenhum nexos causal direto, posto pela vontade dos interessados ou pela natureza das coisas (e seria o caso se a supressão da dor não pudesse ser obtida senão por meio do encurtamento da vida), e se, pelo contrário, a administração de narcóticos produz por si mesma dois efeitos distintos, o alívio das dores e o encurtamento da vida, então é lícita⁵.

Nessa argumentação utiliza-se o conhecido princípio do duplo efeito, muito popularizado pela moral dos manuais de moral católica, em que um ato tem dois efeitos: um querido e desejado, e outro não. Embasado nisso, Pio XII conclui:

Em resumo, vós nos (...) perguntais: “a supressão da dor e da consciência por meio de narcóticos (quando exigida por indicação médica) será permitida pela religião e pela moral, ao médico e ao paciente (mesmo ao aproximar-se a morte e prevendo-se que o emprego dos narcóticos abreviará a vida)?” É necessário responder que se não houver outros meios e se, dadas as circunstâncias, isso não impedir o cumprimento de outros deveres religiosos e morais: sim⁶.

⁴ Ibidem, p. 341.

⁵ Ibidem, p. 341.

⁶ Ibidem, p. 342.

Pio XII utiliza também a distinção entre *meios ordinários* e *meios extraordinários* ao tentar promover uma morte serena, sem aprovar a eutanásia provocada. Em um dos seus discursos sobre reanimação⁷, ele estabelece três critérios para orientar a discussão. O *primeiro* é que se tem, em caso de doença grave, “o direito e o dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde”⁸. O *segundo critério* é que habitualmente este dever “só obriga ao emprego dos meios ordinários (segundo as circunstâncias de pessoas, de lugares, de épocas, de cultura), isto é, dos meios que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo, ou para outro”⁹. O *terceiro critério* completa o anterior: “Por outro lado, não é vedado fazer mais do que o estritamente necessário, para conservar a vida e a saúde, com a condição de não faltar a deveres mais graves”¹⁰.

Os meios de reanimação utilizados são ordinários ou extraordinários? Esta é a questão central. Se são ordinários, devem ser utilizados, se são extraordinários, não existe obrigação de usá-los. Quando se trata de meios extraordinários e

se parecer que a tentativa de reanimação constitui, na realidade, para a família, um exagero, esta pode licitamente insistir para que o médico interrompa as suas tentativas, e ele pode licitamente obedecer à família¹¹.

O texto deixa explícito que este procedimento não é eutanásia provocada.

Não há, neste caso, nenhuma disposição direta da vida do paciente, nem eutanásia, o que jamais seria lícito. Mesmo quando acarreta a cessação da circulação sanguínea, a interrupção das tentativas de

⁷ Cf. PIO XII. Discurso... a numeroso grupo de clínicos, médicos e cirurgiões sobre problemas religiosos e morais ligados à reanimação. In: FRIDERICHS. op. cit., p. 343-349.

⁸ Ibidem, p. 345-346.

⁹ Ibidem, p. 346.

¹⁰ Ibidem, p. 346.

¹¹ Ibidem, p. 347-348.

reanimação nunca é, senão indiretamente, causa da cessação da vida, e neste caso cumpre aplicar o princípio do duplo efeito e o do voluntarium in causa¹².

Para o bioeticista norte-americano Pellegrino, as categorias *ordinário* e *extraordinário* de Pio XII eram categorias éticas, e não uma fórmula clínica ou física para descontinuar ou não aplicar tratamentos. Não pretendiam ser avaliações puramente técnicas, embora tenham sido utilizadas desta forma. Foram propostas como julgamentos morais, isto é, como critérios para uma decisão moral boa ou ruim de não utilizar ou descontinuar determinado tratamento. Mudanças de tecnologia médica desde então não mudam o ímpeto moral da linguagem tradicional, embora hoje se utilize com maior frequência os conceitos de proporcionado e desproporcionado. Ele vai preservar o conteúdo moral de ordinário e extraordinário e sugerir o uso apropriado do conceito de futilidade, como um instrumento hermenêutico de prudência em ligar o ensinamento moral tradicional com a sua aplicação num determinado caso particular. A idéia de futilidade está implícita no ensinamento de Pio XII sobre os meios ordinários e extraordinários, e, quando utilizada como um julgamento prudente, pode evitar alguns dos perigos da “estigmatização” automática e da desvalorização da vida de certos pacientes vulneráveis¹³.

Resumindo o posicionamento de Pio XII, percebe-se que ele está preocupado em humanizar a situação do paciente terminal. Fala da distinção entre *meios ordinários* e *meios extraordinários* em relação ao direito e ao dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde. Enquanto condena claramente a eutanásia, ele rechaça a distanásia, afirmando que ninguém é obrigado a usar meios extraordinários para manter a vida. Ele estabelece como princípio básico o direito e o dever de empregar os meios ordinários para conservar a vida e a saúde. Somente é obrigação, porém, usar meios ordinários que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo

¹² Ibidem, p. 348.

¹³ Cf. PELLEGRINO, E. *Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility*, p. 223.

ou para outros. Determinadas cirurgias ou tratamentos caros no exterior podem ser legitimamente recusados, nesta perspectiva. O fato de não ser obrigado a fazer algo não tira a liberdade de fazê-lo, e esta é a terceira consideração que Pio XII apresenta. É permitido apelar para meios extraordinários, com a condição de não faltar com deveres mais graves¹⁴.

2. A CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ: DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA

Este documento da Santa Sé¹⁵ reafirma o valor da vida humana como sendo “o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a atividade humana e de toda a convivência social”¹⁶, e rejeita o suicídio e a eutanásia. O documento tem uma preocupação em definir precisamente o que entende por eutanásia:

uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, ao nível das intenções e ao nível dos métodos empregados¹⁷.

Não utiliza a expressão eutanásia quando analisa outros tipos de intervenção nos pacientes, tais como: 1) o uso de analgésicos com a intenção de controlar a dor, mas que tem como efeito indireto a abreviação da vida da pessoa; 2) a decisão de não iniciar ressuscitação cardiorrespiratória ou de interromper terapêuticas de manutenção de vida em circunstâncias bem determinadas. No primeiro caso, reafirma a posição de Pio XII que este uso de analgésicos é legítimo, o meio usado é bom e a intenção é aliviar a dor e o sofrimento, não abreviar a vida. No segundo caso, avançando na terminologia

¹⁴ Cf. MARTIN, L. Eutanásia, mistanásia, distanásia e ortotanásia. In: CAMILLIANUM – ISTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA. *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*, p. 478.

¹⁵ Cf. CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. *Declaração sobre a eutanásia*.

¹⁶ Ibidem, col. 172.

¹⁷ Ibidem, col. 173.

utilizada por Pio XII ordinário/extraordinário, sugere a utilização de uma terminologia mais precisa, de *meios proporcionados* e *não-proporcionados*. Respondendo à pergunta se era preciso em todas as circunstâncias recorrer a todos os meios possíveis, a Declaração diz que os moralistas respondiam que nunca se era obrigado a usar meios extraordinários. Esta resposta, que continua válida em princípio, precisa ser aperfeiçoada, por causa da imprecisão do termo e da rápida evolução da terapêutica.

Por isso, há quem prefira falar de meios “proporcionados” e “não proporcionados”. De qualquer forma, poder-se-á ponderar bem os meios bem como o tipo de terapêutica a usar, o grau de dificuldades, o custo e as possibilidades de aplicação, em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e as suas forças físicas e morais¹⁸.

Há uma preocupação em proteger a dignidade do ser humano sofredor perante possíveis abusos da tecnologia biomédica:

Hoje é muito importante proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa e a concepção da vida cristã contra um “tecnicismo” que corre o perigo de se tornar abusivo¹⁹.

Existe o dever básico para cada pessoa de cuidar da saúde, mas deve existir uma proporcionalidade entre os meios usados para se realizar esta tarefa e os resultados previsíveis esperados.

Diante da situação de não ser possível a recuperação e ante a realidade da morte iminente e inevitável,

é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes²⁰.

¹⁸ Ibidem, col. 174.

¹⁹ Ibidem, col. 175.

²⁰ Ibidem, col. 176.

3. O PONTIFÍCIO CONSELHO *COR UNUM*: QUESTÕES ÉTICAS RELATIVAS AOS DOENTES GRAVES E MORIBUNDOS

O Conselho Pontifício *Cor Unum* publicou em 1981 um documento intitulado *Questões éticas relativas aos doentes graves e moribundos*²¹ em que desaconselha a utilização do termo eutanásia, por não se configurar como tal nas seguintes situações:

1) Para iniciar *cuidados terminais* destinados a tornar menos dolorosa a fase final da doença (reidratação, cuidados de enfermagem, massagem, intervenções médicas para aliviar a dor).

2) Para indicar a *decisão de renunciar a certas intervenções médicas* que não são adequadas à situação do doente (na linguagem tradicional, “decisão de renunciar aos meios extraordinários”). Neste caso não se trata de uma decisão de causar a morte, mas de manter o bom senso em relação aos recursos técnicos, não agir irracionalmente e comportar-se segundo a prudência.

3) Para indicar uma intervenção que visa o alívio do sofrimento do doente, mesmo com o risco de abreviar a vida. Esta intervenção faz parte da missão do médico, que não é somente curar ou prolongar a vida, mas também proporcionar cuidados ao doente e aliviar o sofrimento.

4. O CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA

Ao comentar o quinto mandamento, *não matarás* (Ex 20,13), o Catecismo (1993) diz:

A interrupção de procedimentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionais aos resultados esperados pode ser legítima. É a rejeição da “obstinação terapêutica”. Não se quer dessa

²¹ Cf. PONTIFICAL COUNCIL *COR UNUM*. Questions of ethics regarding the fatally ill and the dying. In: O'ROURKE, Kevin D.; BOYLE, Philip. *Medical ethics: sources of catholic teachings*, p.114.

maneira provocar a morte; aceita-se não poder impedi-la. As decisões devem ser tomadas pelo paciente, se tiver a competência e a capacidade para isso; caso contrário, pelos que têm direitos legais, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do paciente.

Mesmo quando a morte é considerada iminente, os cuidados comumente devidos a uma pessoa doente não podem ser legitimamente interrompidos. O emprego de analgésicos para aliviar os sofrimentos do moribundo, ainda que com o risco de abreviar seus dias, pode ser moralmente conforme à dignidade humana. Se a morte não é desejada, nem como fim, nem como meio, mas somente prevista e tolerada como inevitável. Os cuidados paliativos constituem uma forma privilegiada de caridade desinteressada. Por esta razão devem ser encorajados²².

Na linha da estrita fidelidade à tradição, este documento incorpora conceitos hodiernos tais como: autodeterminação do paciente, obstinação terapêutica e cuidados paliativos.

5. A PONTIFÍCIA ACADEMIA DE CIÊNCIAS: A DETERMINAÇÃO DA MORTE

A Pontifícia Academia de Ciências²³, no documento sobre o *Prolongamento da vida e a determinação da morte* (21 de outubro de 1985), assume oficialmente dentro da Igreja Católica o novo conceito de morte cerebral, inicialmente elaborado pelo comitê da Universidade de Harvard em 1968, época do início dos transplantes cardíacos. É importante lembrar que este é um marco histórico, pois é o documento que assume oficialmente, no âmbito católico, o novo conceito de morte cerebral.

²² CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA, p. 594, n. 2278 e 2279.

²³ Cf. PONTIFICAL ACADEMY OF SCIENCES. Report on prolonging life and determining death (oct. 21, 1985). In: O'ROURKE, K.; BOYLE, P. *Medical ethics: sources of catholic teachings*, p.155.

Em relação à *definição de morte*, é dito que uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e coordenar as funções físicas e mentais do corpo. A morte ocorre quando: a) as funções espontâneas cardíacas e respiratórias cessaram definitivamente, ou b) verificou-se uma cessação irreversível de toda a função cerebral. O grupo de especialistas que elaborou esse documento analisou a utilização dos diversos métodos clínicos e instrumentais que permitem constatar essa parada irreversível das atividades cerebrais, como por exemplo o eletroencefalograma.

No que se refere aos tratamentos médicos, o grupo de especialistas os entende como sendo todas as intervenções médicas, tecnicamente complexas, disponíveis e apropriadas para um determinado caso.

Se o paciente está em coma permanente e irreversível, o tratamento não é exigido, mas todo o cuidado deve ser prestado, inclusive alimentação. Se clinicamente existe uma possibilidade de recuperação, o tratamento é exigido. Caso o tratamento não beneficie o paciente, pode ser descontinuado, mas o cuidado não deve cessar. Por cuidado, o grupo entende a ajuda ordinária prestada aos pacientes, tal como a compaixão, o apoio afetivo e espiritual devido a todo ser humano em perigo.

Prolongamento artificial das funções vegetativas: em caso de morte cerebral, a respiração artificial pode prolongar a função cardíaca por tempo limitado. Esta sobrevivência induzida dos órgãos é indicada quando se prevê um prolongamento em vista de um transplante. A doação de órgãos deve, em todas as circunstâncias, respeitar as últimas vontades do doador, ou o consenso da família.

6. O PONTIFÍCIO CONSELHO DA PASTORAL PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: CARTA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Este documento²⁴, elaborado oficialmente pelo organismo da Santa Sé conhecido como Pontifício Conselho da Pastoral da Saúde, apresenta uma

²⁴ Cf. PONTIFÍCIO CONSELHO DA PASTORAL PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. *Carta aos profissionais da saúde*.

preciosa síntese, em forma didática, dos principais posicionamentos do magistério católico, em comunhão

estreita com a tradição, em questões éticas polêmicas ligadas ao *nasc*, ao *viver* e ao *morrer*. Publicado em 1995, leva em conta a Encíclica *Evangelium Vitae*. Interessa-nos resgatar a seção do final da vida, a necessidade de proteger a dignidade da pessoa que está morrendo do tecnicismo que pode se tornar abusivo, e que diz um grande *não* ao que ela denomina *furor terapêutico*.

A medicina dispõe, com efeito, de meios em condições de retardar artificialmente a morte, sem que o paciente receba com isto nenhum benefício real. É simplesmente mantido em vida ou se consegue apenas prolongar-lhe um pouco a vida, ao custo de ulteriores e duros sofrimentos. Tem-se, neste caso, o chamado “furor terapêutico”, que consiste no emprego de meios extenuantes e pesados para o doente, condenando-o de fato a uma agonia prolongada artificialmente. Isto tudo contrasta com a dignidade do moribundo e com a obrigação moral de aceitar a morte e deixar finalmente que ela siga o seu curso. A morte é um acontecimento inevitável da vida humana: não se pode retardá-la inutilmente tentando afugentá-la a todo custo²⁵.

Diante da grande polêmica hodierna em torno da alimentação e da hidratação, o documento se posiciona contra a sua suspensão:

A alimentação e a hidratação, mesmo artificialmente administradas, caem no rol dos cuidados normais devidos sempre ao doente, quando não se tornam pesadas para ele: a sua indébita suspensão pode ter o significado de verdadeira e própria eutanásia²⁶.

A seguir o documento recapitula os pontos principais da doutrina de Pio XII em relação à utilização de analgésicos, à supressão da consciência, ao

²⁵ Ibidem, p. 127.

²⁶ Ibidem, p. 128-129.

risco de antecipar a morte, à questão da verdade ao doente e fornece dicas de assistência pastoral, ou seja, a vivência solidária junto aos que estão na fase final da vida²⁷.

7. A ENCÍCLICA *EVANGELIUM VITAE*: SOBRE O VALOR E A INVOLABILIDADE DA VIDA HUMANA²⁸

Ao ler a realidade contemporânea, o Papa João Paulo II aponta para uma cultura de morte que precisamos combater comprometendo-nos com a cultura da vida. Diz ele que

hoje, na seqüência dos progressos da medicina e num contexto cultural freqüentemente fechado à transcendência, a experiência do morrer apresenta-se com algumas características novas. Com efeito, quando prevalece a tendência para apreciar a vida só na medida em que proporciona prazer e bem-estar, o sofrimento aparece como um contratempo insuportável, de que é preciso libertar-se a todo custo. A morte, considerada como “absurda” quando interrompe inesperadamente uma vida ainda aberta para um futuro rico de possíveis experiências interessantes, torna-se pelo contrário uma “libertação reivindicada” quando a existência é tida como já privada de sentido porque mergulhada na dor e inexoravelmente voltada a um sofrimento sempre mais intenso²⁹.

João Paulo II constata que houve um grande progresso na área médica de intervir na vida. Afirma o Sumo Pontífice que

²⁷ Cf. *ibidem*, p. 130-147.

²⁸ Esta Encíclica foi publicada em 25 de março de 1995, data, no calendário litúrgico, da festa da Anunciação à Nossa Senhora que, segundo a tradição católica, é a portadora da verdadeira vida, pois gerou Jesus para a humanidade.

²⁹ JOÃO PAULO II, Papa. *Carta Encíclica Evangelium Vitae sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana*, p. 91.

por meio de sistemas e aparelhagens extremamente sofisticadas, hoje a ciência e a prática médica são capazes de resolver casos anteriormente insolúveis e de aliviar ou eliminar a dor, como também de sustentar e prolongar a vida até em situações de debilidade extrema, de reanimar artificialmente pessoas cujas funções biológicas elementares sofreram danos imprevistos, de intervir para tornar disponíveis órgãos para transplante³⁰.

Neste contexto, o Papa diz que surge a tentação da eutanásia (que é firmemente rechaçada) e aponta para a problemática que está na outra ponta da eutanásia, ou seja, o prolongamento artificial da vida, a *distanásia*. Afirma João Paulo II:

Distinta da eutanásia, é a decisão de renunciar ao chamado "excesso terapêutico", ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado graves para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes³¹.

Continua o Sumo Pontífice:

Há sem dúvida a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas essa obrigação há de medir-se segundo as situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equívale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte³².

³⁰ Ibidem, p. 92.

³¹ Ibidem, p. 93.

³² Ibidem, p. 94.

Neste contexto maior de grandes novidades que a medicina vem trazendo para a vida do ser humano, João Paulo II lembra e vê com simpatia os *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 (...). Já Pio XII afirmara que é lícito suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida, "se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais". É que, neste caso, a morte não é querida ou procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina. Contudo, "não se deve privar o moribundo da consciência de si mesmo, sem motivo grave"³³.

8. A PONTIFÍCIA ACADEMIA PARA A VIDA: A DIGNIDADE DA PESSOA QUE ESTÁ MORRENDO

Um das mais recentes iniciativas da Igreja Católica para aprofundar a questão da dignidade humana na fase final da vida foi a realização da V Assembléia Geral da Pontifícia Academia para a Vida. Este evento foi realizado no Vaticano (24-27 de fevereiro de 1999) e tratou da temática *a dignidade da pessoa que está morrendo*. Peritos dos mais distantes recantos do planeta reuniram-se para discutir a questão a partir de suas competências específicas: medicina, filosofia, psicologia, sociologia e teologia³⁴.

³³ Ibidem, p. 94.

³⁴ Cf. PONTIFÍCIA ACADEMIA PRO VITA. *The dignity of the dying person: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*.

Difícil encontrar novidades, a não ser a reafirmação daquelas verdades fundamentais que já fazem parte da tradição da Igreja. Percebe-se uma ênfase maior, em termos de novidades, num ou noutro aspecto da evolução da medicina no combate à dor e ao cuidado do sofrimento. Não falta, claro, a rejeição explícita da eutanásia.

Em relação ao tema deste livro, a distanásia, destacamos a declaração final da V Assembléia. Este documento inicia reafirmando o *valor da vida humana*:

Queremos, em primeiro lugar, reafirmar que a vida humana é sagrada e inviolável em todas as suas fases e situações. Nunca um ser humano perde a sua dignidade em qualquer circunstância física, psíquica ou relacional em que se encontre. Portanto, todos os que estão no processo de morrer merecem e exigem o respeito incondicional que é devido a toda a pessoa³⁵.

A missão do médico perante a situação de morte iminente e inevitável é assim delineada:

Quando o médico tem consciência de que já não é possível impedir a morte do paciente e que o único resultado do tratamento terapêutico intensivo seria juntar ao sofrimento mais sofrimento, deve reconhecer os limites da ciência médica e da sua intervenção pessoal e aceitar a inevitabilidade e a inelutabilidade da morte. Então, o respeito pela pessoa que está morrendo exige mais do que nunca o dever de evitar toda espécie de "obstinação terapêutica" e de favorecer a aceitação da morte³⁶. — *Conscientes de que a missão da medicina é cuidar mesmo quando não existe cura* —, o empenho do médico e dos outros profissionais da saúde deve prosseguir na aplicação atenta e eficaz da chamada "terapia proporcionada" e cuidados paliativos³⁷.

³⁵ Ibidem, p. 25.

³⁶ Ibidem, p. 25.

³⁷ Ibidem, p. 25.

É lembrado que no acompanhamento do paciente terminal, o controle da dor, o acompanhamento humano, psicológico e espiritual são ações tão nobres e essenciais quanto as intervenções terapêuticas que visam à cura³⁸. Lança-se um alerta para que se evite o "abandono terapêutico", que consiste em não utilizar tratamentos ou terapias que aliviariam o sofrimento por motivos estritos de ordem econômica.

9. PRONUNCIAMENTOS DE ALGUMAS CONFERÊNCIAS EPISCOPAIS SOBRE A DISTANÁSIA

Diversas Conferências Episcopais de países desenvolvidos, onde a presença invasiva da tecnociência interfere decisivamente na vida humana, de acordo com a problemática ética emergente da realidade, tentam aplicar para seu país as diretrizes éticas cristãs católicas ligadas à dignidade humana no final da vida. A problemática sensível é sempre a eutanásia. Na verdade não temos argumentos ou posicionamentos novos, mas sim, numa linha de fidelidade estreita à Santa Sé, a reafirmação das posições clássicas da ética católica neste campo (lembração constante de Pio XII), com matizações regionalizadas, é claro. Neste sentido vejamos mais de perto o que dizem os bispos norte-americanos, franceses e canadenses. A opção por essas três conferências, duas norte-americanas e uma européia, se faz em função de que são realidades de países desenvolvidos, onde temos muito mais influência da tecnologia no viver cotidiano das pessoas, mas de modo todo particular na área hospitalar. Os pronunciamentos de conferências de países periféricos geralmente relacionam-se a problemas de exclusão social do que a questões éticas provocadas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia.

³⁸ Ibidem, p. 26.

9.1 As diretrizes éticas para os serviços de saúde católicos dos Estados Unidos

Segundo os bispos norte-americanos, o propósito destas *diretrizes éticas e religiosas* é, de um lado, reafirmar os parâmetros éticos de comportamento na área da saúde que decorrem do ensinamento da Igreja sobre a dignidade da pessoa e, de outro, prover um guia de autoridade sobre certas questões morais que os serviços de saúde católicos enfrentam hoje³⁹.

Em um tempo de novas descobertas médicas, rápido desenvolvimento tecnológico e constantes mudanças sociais, o novo tanto pode ser uma oportunidade para um avanço genuíno na cultura humana quanto pode levar a políticas e ações contrárias à dignidade e vocação da pessoa. Este documento é fruto de um longo trabalho coletivo de consulta junto aos profissionais da saúde e líderes eclesiais que refletiram sobre as grandes mudanças tecnológicas de nosso tempo que afetam diretamente a área da saúde, julgando-as à luz dos princípios da razão e segundo a verdade revelada, com o objetivo de oferecer um ensino com autoridade e um guia sobre as responsabilidades morais e pastorais que a fé cristã implica. Embora a Igreja não possa fornecer uma resposta pronta para todo dilema moral, existem muitas questões às quais ela sugere um guia normativo e uma direção⁴⁰.

O diálogo entre ciência médica e fé cristã tem como objetivo primeiro o bem comum de todas as pessoas. Ele pressupõe que a ciência e a fé não se contradizem. Ambas estão fundamentadas no respeito pela verdade e liberdade. À medida que um novo conhecimento e novas tecnologias se expandem, cada pessoa deve formar uma consciência correta baseada em normas morais para a área da saúde⁴¹.

³⁹ Cf. NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS. *Ethical and religious directives for catholic health care services*, p. 1.

⁴⁰ Cf. *ibidem*, p. 5.

⁴¹ *Ibidem*, p. 5.

A tarefa da medicina é cuidar mesmo quando não pode mais curar. Os médicos e seus pacientes devem avaliar o uso da tecnologia à sua disposição. A reflexão sobre a inata dignidade da vida humana em todas as suas dimensões e sobre o objetivo do cuidado médico é indispensável para formular um julgamento moral verdadeiro a respeito do uso de tecnologia para manutenção da vida. O uso de tecnologia de sustentação de vida é julgado à luz do sentido cristão de vida, sofrimento e morte. Somente desta maneira os dois extremos podem ser evitados: de um lado, uma insistência na tecnologia inútil ou onerosa, mesmo quando um paciente possa legitimamente desejar utilizá-la; de outro lado, a descontinuação de tecnologia com a intenção de causar a morte⁴².

Em relação à hidratação e à nutrição medicamente assistidas, existem declarações de bispos, de conferências episcopais católicas e do comitê pró-vida da Conferência Episcopal dos Estados Unidos. Essas declarações, embora sejam contra a eutanásia, concordam que a hidratação e a nutrição não são moralmente obrigatórias, quer quando não trazem conforto para a pessoa que está diante da morte iminente, quer quando não podem ser assimiladas pelo seu corpo. O comitê de atividades pró-vida da Conferência Episcopal Católica dos Estados Unidos ressalta a necessidade de distinguir entre questões que já foram resolvidas pelo magistério e questões que exigem mais reflexão, como por exemplo, a da moralidade de descontinuar a nutrição e a hidratação de uma pessoa que está em "estado vegetativo persistente", reconhecido clinicamente⁴³.

Na essência, essas diretrizes nascem a partir da tradição da Igreja, embasando-se nos principais documentos da Santa Sé relacionados ao assunto, especialmente a *Declaração sobre a Eutanásia* (1980), evidenciando um estreita sintonia de espírito e forma, até na formulação dos argumentos.

Lemos assim nas seguintes diretrizes:

n. 56: A pessoa tem a obrigação moral de usar meios ordinários ou proporcionais de preservar sua vida. Meios proporcionais são aque-

⁴² Cf. *ibidem*, p. 21.

⁴³ Cf. *ibidem*, p. 22.

les que no julgamento do paciente oferecem uma esperança razoável de benefício e não implicam um peso ou gasto excessivo sobre a família ou a comunidade.

n. 57: A pessoa pode deixar de utilizar os meios extraordinários ou desproporcionais de preservar a vida. Meios desproporcionais são aqueles que no julgamento do paciente não oferecem uma esperança razoável de benefício ou implicam um peso excessivo, ou impõem gastos exorbitantes à família e à comunidade.

n. 58: Deve haver uma presunção em favor de prover nutrição e hidratação para todos os pacientes, incluindo os pacientes que necessitam de nutrição e hidratação medicamente assistida, desde que os benefícios sejam maiores em relação ao que se considera oneroso para o paciente.

n. 61: Os pacientes devem estar livres de dor, tanto quanto possível, de forma que eles possam morrer de maneira confortável e com dignidade, e no lugar onde desejarem. Uma vez que a pessoa tem o direito de se preparar para sua morte enquanto plenamente consciente, ela não deve ser privada da consciência sem uma razão maior. Os remédios capazes de aliviar ou suprimir a dor podem ser dados para a pessoa que está morrendo, mesmo se esta terapia causa indiretamente a abreviação da vida da pessoa, contanto que a intenção não seja de apressar a morte. Os pacientes, experimentando sofrimento que não pode ser aliviado, devem ser ajudados a apreciar o sentido cristão do sofrimento redentor⁴⁴.

Em relação à nutrição e à hidratação de pacientes terminais, a Conferência Nacional dos Bispos Católicos dos Estados Unidos, mediante o comitê de atividade pró-vida, em uma *declaração sobre os direitos dos pacientes terminais*, manifestou-se a favor de que sempre se providencie a nutrição e a hidratação, argumentando assim:

⁴⁴ Ibidem, p. 23. Para uma compreensão mais abrangente do pensamento católico norte-americano na área da saúde, consultar a obra clássica na área de McCORMICK, Richard A. *Health and medicine in the catholic tradition: tradition in transition*.

Porque a vida humana tem valor inerente e dignidade independentemente de sua condição, a todo paciente devem ser providenciadas medidas que possam efetivamente preservar a vida, sem que sejam um peso grave. Uma vez que alimento e água são necessidades básicas para todos os seres humanos e podem ser geralmente providenciados sem os riscos e o ônus que oferecem os meios de sobrevivência mais agressivos, a lei deve estabelecer uma forte presunção em favor de seu uso⁴⁵.

Nos Estados Unidos a Conferência dos Bispos Católicos dispõe de seu braço direito para atuar e implementar as decisões éticas no mundo da saúde sob a ótica cristã-católica, a forte Associação Católica da Saúde dos Estados Unidos, com sede em St. Louis, no Estado do Missouri. Esta organização além de realizar inúmeros congressos e *workshops*, também publica excelente material na linha de orientações éticas e pastorais diante dessas situações profundamente polêmicas⁴⁶.

9.2 Pronunciamento da Conferência Episcopal da França

Trata-se da *Declaração dos bispos franceses sobre a eutanásia*, tornada pública mediante o Conselho Permanente em 23 de setembro de 1991⁴⁷. No que diz respeito distanásia, os bispos franceses constatam que hoje o ser humano receia muito um fim de vida indevidamente prolongado, por medo de que se torne muito oneroso, pelas dores intensas e continuadas.

Se por um lado hoje em dia se espera muito dos recursos da medicina, sobretudo a cura nos casos de doença, por outro também existe o medo de ser forçado contra a própria vontade, uma inútil

⁴⁵ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS (Committee on Pro-Life Activities). The rights of the terminally ill. *Origins*, v.16, n. 12, p. 222-224, 1986. In: O'ROURKE, K., BOYLE, Ph., op. cit, p. 154.

⁴⁶ Cf. KASSEKERT, R. *Life support treatment decisions: legal and moral concerns*.
⁴⁷ Cf. CONSELHO PERMANENTE DA CONFERÊNCIA EPISCOPAL DA FRANÇA. *Declaração dos Bispos franceses sobre a eutanásia*. *SEDOC*, v. 24, p. 599-608, 1992.

obstinação terapêutica. Estamos cientes das dificuldades de decisão neste campo, mas julgamos importante lembrar a posição da Igreja: todo homem "tem o direito e o dever, em caso de doença grave, de receber os cuidados necessários para preservar a vida e a saúde". Semelhante dever, todavia, não implica para ele recorrer a meios terapêuticos inúteis, desproporcionados ou que lhe imponham um ônus que considere extremo para si próprio ou para outros⁴⁸.

Determinados tratamentos excessivamente onerosos e que trazem pouco ou nenhum benefício devem ser interrompidos:

É legítimo abster-se de tratamentos que podem trazer poucos benefícios em comparação com os dissabores, contrariedades, efeitos nocivos ou sacrifícios que iriam trazer. É possível suspender tais tratamentos quando seus resultados forem decepcionantes. Um justo respeito pela vida humana não exige mais que isso. Uma verdadeira preocupação pelo bem dos doentes graves que chegam "à fase terminal da vida", às vezes, leva a ceder o lugar para dar, com frequência, prioridade a outras formas de assistência⁴⁹.

Quanto ao alívio da dor e ao cuidado com o sofrimento humano, os bispos enaltecem a filosofia de cuidados paliativos e manifestam sua alegria pelo fato de o governo francês ter incentivado o desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Nós levamos o nosso apoio mais firme e nossos mais sinceros encorajamentos a todos aqueles que desenvolvem atualmente os "cuidados paliativos". Com essa palavra queremos aludir aos métodos de assistência e tratamento da dor e de outras fontes de mal-estar já

⁴⁸ Ibidem, p. 600.

⁴⁹ Ibidem, p. 600.

aplicados em várias instituições, principalmente no famoso *Saint-Christopher's Hospice*⁵⁰.

9.3 Pronunciamento da Conferência Episcopal do Canadá

O Conselho Permanente da Conferência Episcopal do Canadá enviou em 26 de outubro de 1994 um memorando sobre *A eutanásia e o suicídio assistido*⁵¹ ao Senado do país, explanando a posição católica no debate acerca de algumas emendas à constituição canadense, especialmente quanto à eutanásia e ao suicídio assistido. É claro que é uma firme oposição a qualquer emenda legislativa que abra a porta ao suicídio assistido ou à eutanásia e apresenta um amplo arrazoado de fundamentação filosófico-teológica neste sentido em duas partes fundamentais: a) *uma comunidade arraigada na responsabilidade e na compaixão*. Nesta parte são abordados: os direitos da pessoa na comunidade, a liberdade e o controle, a piedade ou a compaixão; b) *a pessoa à sombra da morte*: a vida como relação, controle ou responsabilidade mútua?

Em relação à *vida e à morte*, a vida é vista como algo que escapa completamente ao nosso controle e do qual devemos cuidar sempre. É oportuno fazer aqui uma distinção fundamental entre matar e permitir a morte, entre a morte natural e a morte provocada. A morte é parte integrante da vida, sobre a qual, em definitivo, não temos nenhum tipo de controle.

Em uma sociedade marcadamente tecnológica como a canadense, com ampla utilização da tecnociência na área médica de cuidados da saúde, em que facilmente nos ilude a possibilidade de controlar tudo, alerta-se para alguns riscos e problemas:

Hoje temos à nossa disposição uma ampla gama de meios técnicos capazes de prolongar a vida ante a morte. Ao mesmo tempo,

⁵⁰ Ibidem, p. 601. A França aprovou em 9 de junho de 1999 a Lei n. 99-477, que visa garantir o direito de acesso aos cuidados paliativos. O apoio da Conferência Episcopal da França para aprovação deste dispositivo legal foi de suma importância.

reconhecemos que em muitos casos não podemos derrotar a morte. Com efeito, os intentos de controlar a morte, com freqüência, não fazem mais do que prolongar os sofrimentos dos pacientes. Se reconhecemos que a vida forma uma unidade, devemos aceitar os limites da nossa capacidade de atuar.

Embora atribuamos à vida um grande valor, não consideramos a vida física um valor absoluto que se deve conservar a todo o custo. A morte não é um mal nem uma derrota, mas parte da condição humana. A doutrina da Igreja reconhece que a morte é "inevitável" e que, mesmo não querendo apressá-la, deveríamos ser capazes de aceitá-la com plena responsabilidade e dignidade⁵².

Em relação aos tratamentos, a posição clássica da Igreja é retomada nas seguintes palavras:

Os tratamentos médicos inúteis ou os métodos desproporcionados que não fazem mais que prolongar o processo de morte não são obrigatórios. Não se pode considerar suicídio assistido ou eutanásia a recusa ou a interrupção de um tratamento doloroso e excessivo. Permitir a um paciente morrer não significa matá-lo. São dois atos essencialmente diferentes. Além disso, os doentes "na fase terminal podem pedir e obter os analgésicos necessários para aliviar as dores e os sofrimentos que, mesmo de forma não intencional, possam encurtar a sua vida"⁵³.

Este documento nos permite reconhecer os limites no que se refere à vida e à morte. A morte não é o fim que se propõe com a interrupção ou a recusa do tratamento. De qualquer modo, a morte chegaria com ou sem a terapia, e a interrupção do tratamento, com freqüência, tem pouco efeito sobre o momento da morte.

⁵¹ Cf. CONSELHO PERMANENTE DA CONFERÊNCIA EPISCOPAL DO CANADÁ. A Eutanásia e o suicídio assistido. *L'Osservatore Romano*, p. 4-6, mar. 1995.

⁵² *Ibidem*, p. 5.

⁵³ *Ibidem*, p. 5.

O memorando do episcopado canadense questiona o poder da medicina no seu intento de querer controlar tudo e faz um apelo para se cultivar a humildade:

A nossa sociedade acredita na mentira segundo a qual a medicina moderna controlaria a qualidade e o momento da morte e da vida. Na realidade, controlamos poucas coisas. A nossa capacidade de ressuscitar, prolongar ou curar é parcial e efêmera. Reconhecer esses limites e continuar a ser realmente humilde perante a morte é uma característica da posição católica⁵⁴.

Ao concluir esta seção sobre a visão do magistério da Igreja, seja da Santa Sé ou de algumas conferências episcopais escolhidas (americana, francesa e canadense), lembramos o grande teólogo moralista católico Bernhard Häring, que dedicou muito da sua vida à reflexão ética sobre os desafios da ética cristã católica diante do progresso da medicina. Em relação à distanásia afirma:

Quanto à aproximação da morte, sabemos que existem hoje enormes possibilidades de prolongar a vida de um modo que não convém a ninguém, nem ao doente nem à sua família. Muitas vezes, não se trata tanto de "acrescentar" uma verdadeira vida aos dias do paciente, mas antes de acrescentar dias dolorosos ao processo da morte⁵⁵.

Na verdade a questão a ser colocada não é *se vamos morrer*, questionando a mortalidade constitutiva de nosso ser, com base num sonho de uma medicina infalível que, na busca insana de encontrar a cura da morte, tenta nos presentear com o dom da imortalidade. A única questão a ser colocada é *quando e como*, e é nesta perspectiva que se situa todo empreendimento do paradigma do cuidar, quando as forças declinam, a velhice chega e avizinha-se o final.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 5.

⁵⁵ HÄRING, Bernhard. *Livres e fiéis em Cristo*. v. III, p. 97.

10. OS TESTAMENTOS DE VIDA E A PROTEÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA NO FINAL DA VIDA

Está aumentando muito o número de casos de pacientes em fase terminal dos quais não se conhecem os valores e preferências, e que não são mais capazes de falar por si próprios. Tem-se perguntado quais seriam as intervenções a serem feitas ou descontinuadas que os beneficiariam. Na esperança de obter indicações claras em termos de procedimentos, vão se tornando sempre mais comuns, em muitos países do mundo desenvolvido, legislações ou propostas de lei que se propõem a solicitar às pessoas, em caso de hospitalização, ou mesmo em pleno gozo de saúde, a expressão de suas próprias “vontades” em relação à fase final da vida, transmitindo-as antecipadamente aos médicos ou aos familiares, mediante a elaboração de um documento escrito e/ou a nomeação de um tutor.

Existe a preocupação legítima de reafirmar o direito do paciente de escolher entre as diversas possibilidades terapêuticas disponíveis, diante da ameaça de vir a se encontrar em situações clínicas em que pode facilmente se tornar um objeto fácil da obstinação terapêutica. Junto com isso, cresce a tendência de ir além desta expectativa, até o ponto de se reivindicar o direito de recusar qualquer intervenção médica, ou até o extremo de exigir a colaboração do médico na concretização do “direito de morrer”.

Mas o que se entende por “testamento de vida” (*living will*)? São as disposições dadas em vida por uma pessoa acerca das escolhas terapêuticas que serão implementadas na fase final de sua vida. Neste documento inclui-se o conceito de “morte natural”, no sentido de vontade de morrer sem recorrer a qualquer meio, proporcionado ou não, de sustento vital. Com este documento procura-se recusar tais intervenções terapêuticas, caso a pessoa seja vítima de uma grave doença que comprometa profundamente a “qualidade de vida”.

Existem hoje outros documentos que contemplam as disposições dos pacientes acerca de tratamentos que não implicam necessariamente a vontade de eutanásia. Temos assim as chamadas “diretrizes avançadas de vida” (*Advanced Directives*), documento que deixa claro as preferências dos pacien-

tes em termos de tratamentos médicos e que devem ser respeitadas pelos profissionais da saúde, caso o paciente seja incapaz (inconsciência, coma profundo etc.). Estes documentos exigem alguns tipos de intervenção e exclu- em outros, ou chamam a atenção para valores pessoais a respeitar, ou ainda nomeiam uma pessoa que pode decidir no lugar do paciente, o procurador (*proxy decision maker*).

Na verdade, estes documentos procuram, de um lado, honrar a autodeterminação da pessoa (autonomia) e, de outro, evitar que as pessoas sejam vítimas e prisioneiras da tecnologia que busca a cura da morte; enfim, que não se prolongue a agonia e se adie a morte.

10.1 Algumas notas sobre as origens destes documentos

Há um grande envolvimento da Igreja Católica Americana nesta área. Em 1974, a *Associação dos Hospitais Católicos dos Estados Unidos* propôs um documento, conhecido como *Christian Affirmation of life*⁵⁶. Existe uma preocupação no horizonte expressa por Spagnolo ao dizer que

a perspectiva moral de quem exclui explicitamente a dimensão transcendente da pessoa vai se organizar com o fim específico de difundir a eutanásia mediante os testamentos de vida⁵⁷.

O documento legal que usa pela primeira vez o termo *living will* foi promulgado em 1976 pelo Estado da Califórnia e é conhecido como *Natural Death Act*. É uma lei que reconhece a qualquer adulto o direito de dispor

⁵⁶ Eis o documento na íntegra: *Afirmção cristã da vida – direções para o meu tratamento*

⁵⁷ “À minha família, amigos, pastor, médico e advogado:

Por causa da minha fé cristã na dignidade da pessoa e destino eterno em Deus, peço que, caso eu venha a me tornar paciente terminal, seja informado do fato, de modo que eu possa me preparar emocional e espiritualmente para morrer, sem por isso deixar de lutar pela vida.

antecipadamente sobre a recusa de “terapias de suporte vital”, quando se encontrar “no extremo da condição existencial”. Aos poucos, leis análogas foram adotadas em outros estados americanos e desde 1991 entrou em vigor uma lei federal sobre a autodeterminação do paciente (*Patient Self Determination Act*). Com isso reconhece-se o direito de cada pessoa de tomar decisões sobre as terapias médicas que lhe dizem respeito, incluindo o direito de recusar ou aceitar tratamentos médicos ou cirúrgicos e de formular declarações antecipadas de vontade, que o médico deve levar em consideração⁵⁸.

Tenho o direito de tomar minhas próprias decisões no que se refere a tratamentos que poderiam prolongar indevidamente o processo do morrer. Caso eu me torne incapaz de tomar estas decisões e não existindo chances razoáveis de recuperação, peço, então, que não se usem eticamente medidas extraordinárias para prolongar a minha vida, mas que a dor seja aliviada no caso de se tornar insuportável, mesmo que disso resulte abreviação da minha vida (medidas extraordinárias, eticamente falando, são as medidas que não oferecem razoável esperança ou benefício, ou então, quando utilizadas, são altamente onerosas, provocam dor ou outro inconveniente). Contudo, nenhum tratamento deve ser utilizado com a intenção de abreviar minha vida.

Peço que minha família, amigos e comunidade cristã unam-se a mim em oração ao preparar-me para morrer. Peço também que, após minha morte, outros continuem a rezar por mim, de modo que possuirei, com a Graça de Deus, a vida eterna”. (Segue assinatura da pessoa, data e assinatura de duas testemunhas).

Esta é a fórmula para os cristãos católicos, mas também este mesmo tipo de documento existe para os cristãos protestantes e para os que não acreditam ou não têm religião. Entre as funções mais requisitadas hoje aos capelães nas instituições cristãs de saúde nos Estados Unidos, para além da assistência pastoral, inclui-se a missão de lidar com toda esta área das questões éticas, procurando ajudar a discernir aquelas escolhas que protejam a dignidade da pessoa no final da vida.

SPAGNOLO, A. G. O bem dos pacientes e os limites dos testamentos de vida, p. 8.

⁵⁸ Para uma compreensão mais aprofundada desta questão das diretrizes avançadas de vida, Cf. SASS, H. M.; VEACH, R.; KIMURA, R. (Orgs.). *Advance directives and surrogate decision making in health care*. SASS, H. M. *Advance directives. Encyclopedia of Applied Ethics*, v. 1, p. 41-49. No contexto brasileiro, já começam a aparecer alguns sinais salutarés da importância desse documento. É o caso da publicação do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (*Aids e ética médica*), que entre os inúmeros verbetes contempla de uma forma pioneira um especificamente sobre *testamento*. Transcrevemo-lo na íntegra: “Bastante utilizado em alguns países, o testamento em vida é um instrumento pelo qual o paciente, quando ainda lúcido e integralmente capacitado para tomar decisões a seu

10.2 O empenho do episcopado espanhol

Em 1989, a *Conferência Episcopal Espanhola*, a partir de um documento sobre a eutanásia e a assistência aos moribundos, difundiu o chamado *testamento vital*, como meio de evangelização, para promover a boa morte entre os cristãos. Neste documento, na segunda parte, são especificadas algumas exigências, como a recusa de meios desproporcionados em situações críticas irrecuperáveis, a rejeição da eutanásia, a recusa do prolongamento abusivo e irracional do processo do morrer, o pedido de cuidados paliativos, entre outros⁵⁹. É claro que a postura cristã afirma a vida e que recusar a

respeito, e sabendo que num futuro próximo irá perder essa condição, estabelece a sua vontade quanto aos recursos que deseja ver utilizados na manutenção de sua vida na fase terminal.

Evidentemente, tal instrumento não tem valor legal, mas somente indicativo. É aceito que, dentro da legalidade e da ética, deve o médico respeitar a vontade do paciente que, no entanto, não pode obrigar o profissional a atos antiéticos. Assim, por exemplo, não pode haver um testamento em vida solicitando eutanásia, quando o paciente se encontra em situação degradante e irreversível, obrigando o médico a executá-la. Pode, no entanto, sugerir até que ponto o paciente desejaria que fossem utilizados recursos extraordinários para o prolongamento de sua vida. Mesmo assim, caso o médico assistente sinta que os termos do testamento em vida se chocam com a visão de como atuar de uma maneira profissionalmente correta, deve deixar isso claro ao paciente, se ele ainda estiver lúcido ou caso contrário, aos familiares e responsáveis, e solicitar-lhes a substituição por outro profissional que não tenha restrições quanto à atuação médica sugerida.” p. 86.

⁵⁹ Eis o documento na íntegra em espanhol: *A mi familia, a mi medico, a mi sacerdote, a mi notario*: “Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta declaración sea considerada como expresión forma de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento. Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios. Por ello, yo, el que suscribe (nombre y apellidos) pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

obstinação terapêutica não é decidir contra a vida, mas simplesmente constatar que a morte tornou-se inelutável, e que lutar contra ela só prejudicaria a condição do doente e comprometeria sua dignidade⁶⁰.

A Conferência Episcopal Espanhola fez um grande trabalho de conscientização sobre *El testamento vital* junto à comunidade católica espanhola, para evitar qualquer possibilidade de aplicação da eutanásia de um lado, e ao mesmo tempo evitar a distanásia, ou seja, a aplicação de tratamentos inúteis, dolorosos e fúteis, de outro.

Recentemente foi aprovada na Espanha, a *Ley Catalana sobre el testamento vital* (Lei n.21/2000, de 29 de dezembro de 2000)⁶¹. Para que o testamento de vida tenha validade, segundo esta nova lei, deve ser assinado

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos e el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración. (Firma y fecha)". Cf. Editorial. *Humanizar*, n. 55, p.5, mar./abr. 2001.

⁶⁰ Cf. CONFERÊNCIA EPISCOPAL ESPANHOLA. *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, p. 76-87.

⁶¹ Eis na íntegra o capítulo 8 que trata das "voluntades anticipadas" da *Ley catalana sobre el testamento vital* (Ley 12/2000, de 29 dez. 2000):

1. El documento de voluntades anticipadas es el documento dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar a un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

2. Debe haber constancia fehaciente de que este documento há sido otorgado en las condiciones citadas en el apartado 1. A dicho efecto, la declaración de voluntades anticipadas debe formalizar-se mediante uno de los siguientes procedimientos: a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos. b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

perante um notário, ou então perante três testemunhas que não tenham parentesco ou relação patrimonial com o interessado. Também este documento deverá ser entregue à instituição de saúde onde a pessoa enferma vai ser atendida, para que seja incorporado na sua documentação clínica. Qualquer pessoa que padeça de uma enfermidade incurável, dolorosa e mortal pode deixar sua vontade expressa para não ser mantida viva por meios artificiais.

CONCLUSÃO

A leitura dos principais documentos da ética cristã católica evidencia alguns critérios básicos que perpassam todos os documentos que resumidamente destacamos.

Percebe-se nos documentos eclesiais mais recentes uma saudável preocupação em distinguir a discussão da eutanásia daquela da distanásia. Qualquer ação de não-investimento ou de interrupção de tratamento facilmente ainda é confundida e vista como eutanásia, sem maiores matizações. Evita-se, portanto, esta confusão. A Encíclica *Evangelium Vitae* faz este reparo ao dizer que "distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado 'excesso terapêutico'".

É uma profunda afirmação da vida, mas que não se identifica com a absolutização da dimensão biológica do ser humano. A vida humana é um bem fundamental, mas não um valor absoluto. Esta tradição procura o resgate da dignidade humana que integra a morte na vida. A negação da morte abre as portas para a obstinação terapêutica. Existe uma forte consciência de limite de investimentos terapêuticos. Daí nascem a sabedoria e a necessidade de discernimento de quais sejam os investimentos terapêuticos que não honram a dignidade do ser humano. A postura cristã afirma a vida, e recusa a obstinação terapêutica.

A realidade da dor e do sofrimento humanos exige uma atenção especial. O uso de analgésicos para aliviar a dor, mesmo que indiretamente abrevie a vida, é eticamente aceitável. É o efeito indesejado do efeito desejado, que é o alívio da dor e do sofrimento (princípio do duplo efeito). Nesta perspectiva,

a filosofia dos cuidados paliativos é altamente valorizada e recomendada sua implementação.

Em situações críticas, mais especificamente de pacientes em estado vegetativo persistente e de neonatos problemáticos, não se deve negar a alimentação e a hidratação. Estes procedimentos devem ser considerados um cuidado normal e ordinário, portanto obrigatório.

A aceitação do critério de morte cerebral passa a ser o verdadeiro critério de morte humana. Este conceito, surgido em 1968 na Universidade de Harvard com o início da era dos transplantes, foi assumido pela Pontifícia Academia de Ciências em 1985, portanto, 17 anos após seu surgimento. Normalmente os avanços científicos que interferem decisivamente na vida humana sempre são vistos com prudência máxima e dificilmente são logo endossados.

Para proteger os pacientes do risco de tratamentos fúteis e inúteis, que dão guarida à distanásia, apóia-se as diretrizes avançadas de vida (ex. *living wills*), como documentos que visam garantir a voz do mais frágil e vulnerável

Enfim, a perspectiva da teologia moral é abordar a questão da dignidade humana no adeus à vida, afirmando que a vida e a saúde são bens fundamentais que permitem a conquista de tantos outros bens, mas que não são bens absolutos. A vida nesta terra é finita e a morte é um fenômeno natural que deve ser visto como parte integrante da existência humana, e não como um inimigo a ser combatido a qualquer custo. O sentido que se dá ao viver e ao morrer é o que importa. A tradição cristã reconhece que existem circunstân-

cias em que a pessoa pode, legitimamente, sacrificar sua saúde e sua vida, por exemplo, para salvar a vida de outra pessoa. Reconhece, também, que há momentos em que se deve lutar para afastar a morte, em situações de esperança real de cura e momentos em que se deve parar de lutar contra e simplesmente abraçá-la⁶².

Bibliografia

- BENESTAD, B. The distorted understanding of human dignity in liberal regimes. In: CORREA VIAL, Juan de Dios; SGRECCIA, Elio (Ed.). *The dignity of the dying person: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000. p. 368-372.
- CAMILLIANUM – ISTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA. *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. Diretores da edição brasileira: Calisto Vendrame e Leocir Pessini. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Paulus, 1999. 1407 p. (Dirigido por Giuseppe Cinà, Efsio Locci, Carlo Rocchetta e Luciano Sandrin).
- CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA. Petrópolis. Vozes; São Paulo: Loyola, 1993. 831 p.
- CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF THE UNITED STATES. Pain management. Theological and ethical principles governing the use of pain relief for dying patients. *Health Progress*, p. 30-39, jan./fev. 1993.
- CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF THE UNITED STATES. *Care of the dying: a catholic perspective*. St. Louis: [s.n.], 1993. 68 p.

⁶² Este artigo apresenta resultados da minha tese doutoral: *Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre a distanásia*, defendida no dia 13 de setembro de 2001, na Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção. Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Pe. Márcio Fabri dos Anjos, aos leitores: Prof. Dr. Pe. José Benedito Simão, Prof. Dr. William Saad Hossne, Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes e ao presidente da mesa: Prof. Dr. Pe. Antonio Manzatto.

CELAM/DEPAS – Conselho Episcopal Latino-Americano/Departamento de Pastoral Social. *Guia da Pastoral da Saúde para a América Latina e o Caribe*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2000. 94 p.

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPANHOLA – Comité episcopal para la defensa de la vida. *La eutanásia*: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana e la actitud de los católicos. Madrid: Palabra, 1993. 122 p.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. *Declaração sobre a eutanásia* (05/5/1980). AAS, vol. 72 (15/06/1980): 542-552. (Edição brasileira: *SEDOC*, v. 13, n. 134, p. 171-176, 1980).

CONSELHO PERMANENTE DA CONFERÊNCIA EPISCOPAL DO CANADÁ. A eutanásia e o suicídio assistido. Posição católica no debate acerca de algumas emendas à constituição canadense. (26 de outubro de 1994). *L'Osservatore Romano*, n. 9, p. 4-6, 4 mar. 1995. Cf. a publicação do mesmo documento em *O Mundo da Saúde*, v. 20, n. 7, p. 243-252, 1996.

CONSELHO PERMANENTE DA CONFERÊNCIA EPISCOPAL DA FRANÇA. Declaração dos Bispos franceses sobre a eutanásia. *SEDOC*, v. 24, p. 599-608. 1992.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Aids e ética médica*. São Paulo: Cremesp, 2001. 94 p.

FERES, José García. Testamentos vitales: una necesidad ética. *Humanizar*, n. 55, p. 36-37, mar./abr. 2001.

FRIDERICH, Edvino, S.J. (Coord). *Mensagem de Pio XII aos médicos*: alocuções de Pio XII a médicos, estomatologistas, farmacêuticos, enfermeiros, enfermeiras, parteiras, estudantes e doentes. 2. ed. Porto Alegre: Paulinas, 1961.

GAFO, Javier. *10 palabras clave en bioética*. Navarra: Verbo Divino, 1994. 379 p.

_____. *La eutanásia: el derecho a una muerte humana*. Madrid: Temas Hoy, 1989. 236 p.

HÄRING, Bernhard. *Medicina e moral no século XX*. Lisboa: Verbo, 1974. 294 p.

_____. *Livres e fiéis em Cristo*: teologia moral para sacerdotes e leigos. São Paulo: Paulinas, 1979-1984. 3 v.

JOÃO PAULO II, Papa. *Carta Encíclica Evangelium Vitae*: sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana (25/03/1995). AAS, vol. 137 (2/5/1995): 401-522. (Edição brasileira: São Paulo: Loyola, 1995. 148 p).

_____. *Carta Apostólica Salvifici doloris*: o sentido cristão do sofrimento humano. (11/2/1984). AAS, vol. 76 (1/3/1984): 201-250. (Edição brasileira: São Paulo: Paulinas, 1984. 70 p).

KASSEKERT, Rosemary. *Life support treatment decisions*: legal and moral concerns. Sant Louis: The Catholic Health Association of the United States, 1985. 17 p.

MARTIN, Leonard. Eutanásia, mistanásia, distanásia e ortotanásia. In: CAMILLIANUM – ISTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA. *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. Diretores da edição brasileira: Calisto Vendrame e Leocir Pessini. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Paulus, 1999. p. 467-482 (Dirigido por Giuseppe Cinà, Efsio Locci, Carlo Rocchetta e Luciano Sandrin). McCORMICK, Richard A. *How brave a new world?* Dilemmas in Bioethics. Washington: Georgetown University, 1981. 459 p.

_____. *Health and medicine in the catholic tradition*: tradition in transition. New York: Crossroad, 1987. 173 p.

NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS. *Ethical and religious directives for catholic health care services*. Washington: [s.n.], 1996. 35 p.

O'ROURKE, Kevin D.; BOYLE, Philip. *Medical Ethics*: sources of catholic teachings. St. Louis: The Catholic Association of the United States, 1989. 335 p.

PELLEGRINO, Edmund. Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility. In: CORREA VIAL, Juan de Dios; SGRECCIA, Elio (Ed.). *The dignity of the dying person*: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000. p. 219-241.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de Bioética*. 5. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2000. 527 p.

PESSINI, Leocir. *Morrer com dignidade*: Até quando manter a vida artificialmente? 4. ed. Aparecida: Santuário, 1994. 110 p.

_____. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

PIO XII. *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* (24/02/1957). AAS, vol. 39 (23/03/1957): 129-147.

PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA. *The dignity of the dying person*: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life (Vatican City, February 24-

27 1999). In: CORREA VIAL, Juan de Dios.; SGRECCIA, E. (Ed.). *The dignity of the dying person: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000. 479 p.

PONTIFÍCIO CONSELHO DA PASTORAL PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Carta aos profissionais da saúde. São Paulo: Paulinas, 1995. 159 p.

SASS, Hans-Martin; VEATCH, Robert; KIMURA, Rihito (Org.). *Advance directives and surrogate decision making in health care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1998. 311 p.

SASS, Hans-Martin. Advance Directives. In: *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego: Academic Press, 1998. v. 1, p. 41-49.

SPAGNOLO, Antonio G. Bioética di fine di vita: beneficiabilità, autonomia e responsabilità. *Camillianum*, v. 11, n. 22, p. 345-354, 2000.

_____. O bem dos pacientes e os testamentos de vida. *L'Osservatore Romano*, n. 36, p. 8, 7 set. 1996.

Pe. Leocir Pessini é Doutor em Teologia Moral pela Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção.

ALGUNS PONTOS SOBRE O MATRIMÔNIO COMO *FÆDUS*

Pe. Luiz Henrique Bugnolo

1. O MATRIMÔNIO NO CONTEXTO DA ALIANÇA

Deus chama o universo à criação e, ao tomar tal iniciativa, faz com ele uma aliança perene. Deus não cria o universo para o destruir mais tarde, mas para que atinja a plenitude do sétimo dia. Tanto assim é que, ao terminar a criação e antes de descansar, Deus viu que tudo era muito bom (Gn 1,31).

Essa aliança universal de Deus com a criação torna-se mais clara na criação do Homem como imagem e semelhança sua (Gn 1,26). Porém, Deus não criou o varão sozinho. Ele os criou homem e mulher para, juntos, serem fecundos e dominarem a terra. Assim, homem e mulher são portadores de igual dignidade e co-responsáveis pela vida um do outro, de sua posteridade e de toda a Natureza. Essa posteridade humana será o sinal da eficácia da aliança (Gn 1,28-30) e será o que a realizará ao longo da História (Gn 12,2-3).

“A criação alcança sua perfeição última com a realidade do casal. No relato da criação da mulher, o livro do Gênesis expressa a imensa generosidade que Deus mostra ao homem, dotando-o de uma companhia com a qual pode estabelecer uma aliança entre iguais, na medida de seus desejos, com vigor suficiente para plenificar sua vida de sentido”¹.

Como nos ensina Inocêncio III, na Carta *Gaudeamus in Domino*, dos começos de 1201: “Uma costela foi convertida em mulher, e a Escritura divina atesta que, ‘por isso deixará o homem seu pai e sua mãe e se unirá à sua

¹ FLÓREZ, G. *Matrimonio y Familia*. p. 90.