

Dignidade e finitude

Dignity and finitude

*Marcia Regina Chizini Chemin**

*Waldir Souza***

Resumo: Ainda que a tecnologia tenha proporcionado inúmeras mudanças positivas à vida, também trouxe à tona questões delicadas que implicam ao homem pensar a própria morte. Ainda que inevitável e inexorável, a morte, passou a ser processo e pode sofrer intervenções que por sua vez podem prolongar inutilmente o sofrimento do paciente e de sua família. A nova realidade exige uma resignificação das bases tradicionais e conclama a buscar nos valores espirituais uma luz. O objetivo é refletir sobre a dignidade e a autonomia do indivíduo, a possibilidade de manifestar antecipadamente vontade sobre os tratamentos em final de vida. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica com breve análise das Escrituras e dos ensinamentos do Magistério da Igreja Católica, e bibliografia com enfoque bioético. Pôde-se concluir que embora frente à morte não se tenha liberdade, pode-se respeitar a autonomia do paciente, a fim que a sua terminalidade possa ocorrer de forma mais humana, digna e respeitosa.

* Doutoranda em Teologia (PUCPR). Mestrado em Bioética (PUCPR). Especialização em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral (FACSUL). Graduação em Odontologia (PUCPR). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bioética e Biotecnologia CNPq-PUCPR. Membro do Grupo de Pesquisa Hans Jonas CNPq-PUCPR. Membro do Grupo de Pesquisa Bioética, Humanização e Cuidados em Saúde CNPq-PUCPR. E-mail: maychizini@yahoo.com.br.

** Doutor em Teologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Teologia e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR. Pesquisador-Líder do Grupo de Pesquisa Bioética, Humanização e Cuidados em Saúde CNPq-PUCPR. E-mail: waldir.souza@pucpr.br.

Palavras-chave: Morte. Dignidade. Autonomia. Diretivas Antecipadas de Vontade. Humanização.

Abstract: Although technology has provided innumerable positive changes to life, it has also raised delicate issues that imply man's thinking of his own death. Although inevitable and inexorable, death has become a process and can undergo interventions that in turn can prolong the suffering of the patient and his family in vain. The new reality demands a re-signification of the traditional bases and calls to seek in spiritual values a light. The objective is to reflect on the dignity and autonomy of the individual, the possibility of expressing in advance will about the treatments at the end of life. The method used was the bibliographical research with brief analysis of the Scriptures and the teachings of the Magisterium of the Catholic Church, and bibliography with a bioethical approach. It could be concluded that although death is not freed, the autonomy of the patient can be respected, so that their termination can occur in a more humane, dignified and respectful way.

Keywords: Death. Dignity. Autonomy. Advance Directives of Will. Humanization.

Introdução

Tomando a definição de crucifixão como “uma morte por tortura, um modo de matar deixando que o condenado morra numa situação de impotência, de dor, de queda no abismo”¹ pode-se pensar a morte de Jesus, o nazareno. É possível dizer que foi imposta uma morte indigna em comparação a sua atitude durante seu “calvário”, exemplo de dignidade. Não há relato que conte sobre alguma reação de fuga ou que tenha sido covarde desde o seu julgamento, ou que tenha fraquejado diante da morte que se apresentava. Tudo transcorreu em tranquilidade. Mesmo na cruz acolhe e anima seu companheiro de

¹ PIKAZA, X. *Para viver o Evangelho: Leitura de Marcos*, p. 255.

infortúnio e lhe oferece a certeza de que estariam juntos no paraíso. Óbvio que sentiu dores, as do corpo mesmo, não só as do espírito, e sentiu-se abandonado também, no momento crucial, eis aí o verdadeiro ‘momento crucial’, como se sentiria qualquer um em seu lugar, entretanto, confiou e confiou-se ao Pai.²

Segundo Pikaza,³ “o Filho do homem só chega a converter-se em plenamente humano quando morre”, por ser divino não precisaria morrer, no entanto cumpriu o itinerário. A consciência de ser mortal impõe limites, ao mesmo tempo valora os dias e, para os crentes, é o que permitirá chegar à plenitude.

Pensar a morte é pensar a vida, faz bem a conscientização como admoesta Grün:⁴ “a morte força-nos a meditar sempre de novo sobre aquilo que dá consistência à nossa vida, sobre aquilo que a domina e sobre os rastros que queremos deixar no mundo como indivíduos singulares”. Ademais nem sempre há previsibilidade, no mais das vezes fatalidades, acidentes e acontecimentos súbitos ocorrem, quando bem ao contrário a pessoa se vê perante a morte anunciada, eis a chance de tirar algum proveito.

Nesse caso, o ser humano tem a vantagem de preparar-se. De estar participando, de tratar-se prolongando o tempo, de cuidar das coisas do espírito. Assumindo o caminho da vida como finito, o cristão tem oportunidade de como Jesus preferir manter a consciência até a morte, no relato do evangelista Marcos:⁵ “deram-lhe vinho com mirra, que ele não tomou” (esta mistura tem suposto efeito sedante).

Num tempo de tantas inovações e galopantes modificações no modo e no lugar onde vive o homem, ponderar sobre os impactos das novas e novíssimas transformações tecnológicas e no seu atuar sobre a humanidade é urgente. A Bioética convida a refletir sobre o

² BÍBLIA de Jerusalém, Mc15,34.

³ PIKAZA, X. *Para viver o Evangelho*: Leitura de Marcos, p. 259.

⁴ GRÜN, A. *Morte*: a experiência da vida em plenitude, p. 17.

⁵ BÍBLIA de Jerusalém, Mc15,23.

provisório, sobre o futuro a ser legado e que acontece agora mesmo, sobre o permanente, sobre o inexorável. Importa evidenciar que a pessoa humana é “o ponto de referência e a medida entre o lícito e o não-lícito, desde o momento da concepção até a morte, em qualquer situação de sofrimento ou de saúde”.⁶

A discussão bioética nasce num contexto de interdisciplinaridade numa sociedade plural onde estão sujeitos com dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. A contribuição da Teologia à Bioética se torna viável se os teólogos levarem em conta a racionalidade de seus interlocutores, aceitando a relação possível e enriquecedora entre fé e razão.⁷

Pensar a morte, antecipar com naturalidade o enfrentamento, dialogar com sua família no sentido de valorizar os momentos de convivência, é possível? Não se trata de controlar, ou determinar o quando, mas estar na direção do enquanto. Seria uma “traição” a Deus? Lembrando da mensagem da Divina Comédia,⁸ estaria o homem traindo a seu superior e pecando gravemente, estaria o homem traindo suas convicções religiosas cristãs quando aceita ir ao encontro do reino dos mortos, o Paraíso prometido, quando finalmente quer ir *ao* encontro?

Observa-se uma degradação progressiva na relação dos indivíduos com a morte, permanecem entretanto, “Os enigmas da condição humana: que é o homem? qual o sentido e a finalidade da vida? [...] que é a morte? [...] finalmente, que mistério último e inefável envolve a nossa existência, do qual vimos e para onde vamos?”.⁹

⁶ SGRECCIA, E. *Manual de Bioética I: fundamento e ética biomédica*, p. 80.

⁷ ANJOS, M. F. dos. *Bioética, alguns desafios*, p. 17-34.

⁸ ALIGHIERI, D. *A divina comédia*.

⁹ JOÃO PAULO II, *Carta Encíclica Fides et ratio*, p. 52-53.

1. Dignidade e autonomia

No sentido etimológico, digno é decoroso, honrado, donde respeitar e reverência que torna a ser respeito.¹⁰ Dignidade, no português é a qualidade de quem é digno, e também nobreza, decoro, honraria e respeitabilidade, e honra, é sentimento de dignidade própria.¹¹ E no dicionário de filosofia como “princípio da dignidade humana” referindo ao imperativo categórico kantiano: “Age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio”.¹²

Sobre a dignidade, diz Junges: “a pessoa é fim de si mesma, porque não tem preço e não pode ser usada como meio para alcançar outro fim”¹³ que “A dignidade está em última análise, no fato de o ser humano assumir-se como tarefa de auto-realização[sic]”.¹⁴ Donde é possível crer que a busca por *tornar-se* está nas relações com o outro, na consideração por si e pelo outro na mesma medida, na procura por ser para o melhor, para o bem, e não está em estar bem o significado da vida humana, mas em ser bom.

A ação autônoma pressupõe liberdade, a pessoa deve refletir para que possa agir fazendo escolhas a partir de sua compreensão. Há um compromisso de responsabilidade para consigo mesmo: “o homem é chamado pelo Criador a dirigir e regular a sua vida e seus atos e, particularmente, a usar e dispor do próprio corpo”.¹⁵

Se a pessoa não é meio, não é mercadoria, é protagonista. Acreditando que Deus cuida, que cuida de todos e de cada um com um olhar particular, propõe esta fé uma atitude de comodismo ou forças

¹⁰ CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*, p. 219.

¹¹ FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. M. *Dicionário Brasileiro Globo*.

¹² ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*, p. 326.

¹³ JUNGES, J. R. *Bioética Perspectivas e Desafios*, p. 110.

¹⁴ *Ibidem*, p. 11.

¹⁵ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. *Instrução Donum vitae sobre o respeito da vida humana nascente e a dignidade da procriação*, p. 74.

para a ação? A ação, que é própria de um protagonista, é a melhor resposta. A busca pelo sentido da vida parece ser a missão individual como assegura Jesus, inspirando ação e confiança: “Buscai, em primeiro lugar, o Reino de Deus... e todas as coisas vos serão dadas por acréscimo”.¹⁶

A pessoa vem sendo instrumentalizada como meio, há burocratização e massificação no atendimento e assistência à saúde, e a hiperespecialização do conhecimento médico tem reduzido a noção de globalidade da pessoa. A morte é sempre dos outros, é medicalizada, é silenciosa e silenciada. A expansão das fronteiras da vida que se deu no transcorrer do século XX, com a reanimação e respiração artificial, com a possibilidade dos transplantes e da diálise, mudou o processo da morte. Novas relações se estabeleceram, novas discussões se apresentaram, sendo os cuidados aos pacientes em final de vida uma delas.¹⁷

O medo da morte vem em contraponto à hipervalorização da vida, a vida que já não é mais vista como um ciclo vital com começo, meio e fim. O medo da morte é o medo da solidão, mas não é certo que “o homem nasce sozinho e morre sozinho, ninguém pode nascer ou morrer por ele”? E se os homens são “seres para a vida, portanto seres para a morte” como podem não estar preparados?¹⁸

A deontologia médica foi “codificada centrada nos interesses dos médicos e subestimando os valores morais da sociedade e das pessoas enfermas, até a primeira metade do século XX”,¹⁹ já não é mais assim, no decorrer do mesmo século a sociedade foi se transformando conforme o progresso científico se desenvolveu. A relação médico-paciente está em transformação, os médicos não são deuses,

¹⁶ BÍBLIA de Jerusalém, Mt 6, 33.

¹⁷ ROSELLÓ, F.T. *Antropologia do cuidar*.

¹⁸ D'ASSUMPCÃO, E. *Sobre o Viver e o Morrer*: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e para os que ficam, p. 101,120-122.

¹⁹ SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. *Bioética Clínica*, p. 70.

podem ser questionados, as possibilidades de intervenção com o uso das novas tecnologias médicas levam a um prolongamento da vida de pacientes em fase terminal de doença. No entanto, muitas vezes permanece o equívoco de que a morte possa ser derrotada. A morte não é derrotável, não há combate. Luta-se pela saúde, pela qualidade de vida. Inclusive, em final de vida, a relação médico-paciente é marcada pela impossibilidade de curar.²⁰

2. Enfrentamento da morte

Antropologicamente a morte humana é o momento da passagem de uma possibilidade a um fato, o morrer um processo biológico individual, que alcança outros como consequência e se caracteriza pelos rituais fúnebres e de luto. Ao morrer uma pessoa seu entorno sofre e com ela morre um pouco.²¹ O ser humano que para viver mantém a certeza da morte sob a armadura da esperança, não aceita a morte. Kübler-Ross²² explica: “em nosso inconsciente só podemos estar mortos, é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada...a morte em si está ligada a uma ação má, um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo”.²³

A ansiedade em relação a salvação que era comum ao homem medieval parece não ter sido superada mesmo em meio ao maior progresso tecnocientífico. Nesse sentido Bento XVI²⁴ entende que “de certo modo, desejamos a própria vida, a vida verdadeira, que depois

²⁰ BERTACHINI, L.; PESSINI, L. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*, p. 197.

²¹ CLAVEL, J. M. *Encontros de Bioética: lidar com a vida/ cuidar de pessoas*.

²² Médica-Psiquiatra, que descreveu as fases ou períodos, sequenciais ou não, concomitantes ou não, que antecedem a morte. A partir destes estudos propôs métodos para orientar o cuidado prestado pelas equipes médicas aos enfermos em fase terminal de doença e seus familiares.

²³ KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*, p. 14.

²⁴ BENTO XVI. *Carta Encíclica Spe salvi*, p. 23.

não seja tocada nem sequer pela morte [...] com efeito, o ‘eterno’ suscita em nós a ideia do interminável, e isto nos amedronta”

Jesus ensinando aos seus discípulos diz em Mt 6,27 “Quem dentre vós, com as suas preocupações, pode acrescentar um só côvado à duração de sua vida?” então quem pode prolongar a duração da própria vida? Ninguém, muito ao contrário, os esforços médicos desmedidos podem se transformar em obsessivos e quando muito obter um corpo que se mantém funcionando, mas inconsciente até o fim.

Em resposta a perguntas encaminhadas pelo IX Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Anestesiologia, realizado em Roma em outubro de 1956, o Papa Pio XII escreveu o Discurso Sobre as Implicações Religiosas e Morais da Analgesia,²⁵ onde enfatizou o direito do homem a morrer com dignidade: “não há obrigação de se usarem meios extraordinários para preservar a vida”. Pode-se avaliar se os meios são ordinários ou extraordinários, proporcionados ou não proporcionados, de acordo com o tipo de terapia a que o enfermo deva submeter-se, o risco que o tratamento traz em si, a possibilidade de se obter resultados sem que o sofrimento para tanto seja ainda maior e até as despesas necessárias.

Nas palavras de Varga “o homem tem o direito de aceitar a morte pacificamente quando sua hora se aproxima”²⁶ na aceitação do irrecorível, o que se coaduna com a Declaração sobre a Eutanásia traz que:

Não se pode impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, representa risco ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio, significa antes, aceitação da condição humana ou preocupação de evitar um procedimento médico desproporcional aos resultados que se podem esperar, ou vontade de não impor despesas demasiado pesadas à família à coletividade.²⁷

²⁵ PIO XII. *Discurso sobre as implicações religiosas e morais e a analgesia*, AAS 49.

²⁶ VARGA, A. C. *Problemas de Bioética*, p. 243.

²⁷ JOÃO PAULO II. *Declaração sobre a eutanásia*, AAS 72.

Ainda na mesma declaração, sobre o cuidado que cada um deve ter consigo mesmo na utilização dos meios terapêuticos, “na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso”.²⁸

Sobre considerar a vida como um valor absoluto, diz João Paulo II na *Evangelium vitae*, “a vida do corpo na sua condição terrena não é um valor absoluto para um crente”.²⁹ Construir a vida sobre a rocha é também viver na confiança até a morte, que ainda que signifique fim da vida, é, sim, parte desta.³⁰

O comportamento obstinado que muitas vezes é observado na atuação dos médicos acaba por prolongar o processo da morte e levam o paciente e sua família a um sofrimento indizível. João Paulo II faz um diagnóstico acurado sobre a obstinação terapêutica: “a mentalidade cientificista conseguiu fazer com que muitos aceitassem a ideia de que aquilo que se pode realizar tecnicamente torna-se por isso mesmo também moralmente admissível”.³¹

Frente ao medo, a depressão, ao quadro de dor e sofrimento, as vãs tentativas de barganhar e querer ter o controle da situação vida e morte, e ao desgaste emocional profundo que advém disto tudo, é mister que os cuidadores médicos e afins estejam preparados. Afinal não se trata de batalhas a vencer para derrotar a morte, e sim, de cuidar da vida.

3. Humanização do cuidado

Em resposta ao tempo atual, o tempo das relações superficiais e virtuais, um tempo de indiferença, inicia-se um processo de (*re*) humanizar as relações. Lentamente começa-se a perceber o vazio.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Idem, *Carta Encíclica Evangelium vitae*, p. 42.

³⁰ BÍBLIA de Jerusalém. Sl 61,3.

³¹ JOÃO PAULO II. *Carta Encíclica Fides et ratio*, p. 119).

As intervenções biotecnológicas não encontram limites e nem por isso trazem soluções, ao contrário, muitas vezes, aprofundam o sofrimento. Com o desenvolvimento das tecnologias médicas em prol do aumento da longevidade, as doenças degenerativas neurológicas que destituem o enfermo de sua capacidade de autogoverno, levaram a mudanças nas relações interpessoais com a dependência aumentada dos enfermos em relação aos cuidadores, familiares ou não.

O tratamento de doentes graves em final de vida sofreu no decorrer das últimas décadas verdadeira revolução devido ao surgimento das técnicas de reanimação cada vez mais eficazes. Tal eficácia pode trazer alívio e recuperação, porém pode também prolongar a agonia e não a vida.³² As salas de tratamento intensivo proporcionam o que a medicina pode oferecer de melhor, em tese, pois levam ao afastamento do doente do convívio com seus familiares e por se encontrar rodeado de aparelhagem médica pode ser visto apenas como parte do “equipamento”.

Tendo em perspectiva que a medicina não tem que salvar vidas a qualquer custo, a relação médico-paciente compreende a aceitação de compromissos e estabelecimento de limites.³³ Para Clavel³⁴ há uma preocupação em não confundir eutanásia com os procedimentos próprios da ortotanásia,³⁵ como não iniciar tratamentos inúteis ou abandonar um tratamento se comprovado como inútil e o emprego de sedativos para alívio do sofrimento intolerável num quadro terminal.

Aceitar os limites terapêuticos, embora todo o progresso biotecnológico, significa ainda buscar formas de atenuar a dor física e

³² SGRECCIA, E. *Manual de Bioética I: fundamento e ética biomédica*, p. 601-611.

³³ ENGELHARDT, H. T. *Fundamentos da Bioética*.

³⁴ CLAVEL, J. M. *Encontros de Bioética: lidar com a vida/cuidar de pessoas*, p. 205.

³⁵ A reflexão ética nos temas de final de vida, basicamente se dá a partir dos conceitos *eutanásia*, *distanásia* e *ortotanásia*. Eutanásia corresponde a “provocar diretamente a morte”, *distanásia* em oposição é “prolongamento do processo de morte [...] por obstinação diagnóstica e terapêutica”, e *ortotanásia* a morte natural, sem abreviações, nem prolongamentos obstinados (OLIVEIRA, 2008, p. 245-256).

controlar a sintomatologia, mantendo condições mínimas de conforto e dignidade, como dizem Piva e Carvalho.³⁶ Respeitar o tempo de morrer, cuidar dignamente de um paciente em final de vida, quer dizer interessar-se pela saúde e pelo conforto psíquico, é importar-se por ele.

Cuidado paliativo não é consolo, nem o que resta. Pessini³⁷ oportunamente pergunta: “Para além da desospitalização e tecnologia do cuidado, entre inúmeros desafios... que fazer com aquelas pessoas que estão fora das possibilidades terapêuticas? Abandoná-las?”. Como resposta a filosofia dos cuidados paliativos proposta pela Organização Mundial da Saúde³⁸ propõe:

- a) Afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal;
- b) Não apressar nem adiar a morte;
- c) Procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes;
- d) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente;
- e) Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte, e para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.

Sobre oferecer um sistema de apoio no luto, é preciso considerar os ritos mortuários, exclusividade dos seres humanos, que tem início quando ao doente gravemente enfermo já não se administra medidas terapêuticas com vista à cura. No processo do luto, explica D’Assumpção,³⁹ há oportunidade para que a humanização dos cuidados na terminalidade da vida se faça presente. Superar a dor da perda (pesar) se dá de modo particular e singular para cada um dos atores, sabendo-se que cada um deve ter o seu tempo emocional

³⁶ PIVA, J.; CARVALHO, P. R. A. *Considerações éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal*.

³⁷ PESSINI, L. *Bioética: Um Grito por Dignidade de Viver*, p. 180.

³⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and paliative: a report of a OMS expert commitee*.

³⁹ D’ASSUMPÇÃO, E. *Sobre o viver e o morrer: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e para os que ficam*, p. 227.

respeitado, seja criança, adulto ou idoso. O luto antecipado dá sentido ao sofrimento, permite uma elaboração mais amadurecida do momento da morte tanto para o enfermo quanto para o seu entorno. Velório, sepultamento, celebrações religiosas ou não, visitas ao entulados (tardias ou imediatas) e o Dia de Finados são pertinentes a cada cultura e em justa medida fazem parte do processo.⁴⁰

O ocultamento ao doente da proximidade da morte, que controla a possibilidade de crise emocional e evita a perturbação à rotina hospitalar, também conduz ao isolamento. Muitas vezes o doente já é tratado como morto (morte social).⁴¹ Tanto quanto possível deve-se permitir que o paciente mantenha-se informado e tomando suas próprias decisões, inclusive sobre onde deseja morrer, se no seu lar e com os seus ou se no hospital, onde possa ser acompanhado nas suas necessidades, com o devido acompanhamento para si e para seus familiares.⁴²

4. Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

A morte como um processo permite o cuidado de si em momento irrevogável. Há tempo e ocasião para enfrentar os momentos na perspectiva cristã que, nutrida pela esperança da vida eterna, permite a fé na ressurreição. A vivência dessa fé praticada no luto antecipado, despedidas, perdão e consolo, pode levar à paz no passamento, evitando aflições, além da possibilidade de ressignificar e dar sentido ao sofrimento.⁴³

Se “o homem é chamado pelo Criador a dirigir e regular a sua vida e seus atos e, particularmente, a usar e dispor do próprio

⁴⁰ Ibidem, p. 217-223).

⁴¹ MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*.

⁴² PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas Atuais de Bioética*.

⁴³ PRADE, C. F.; CASTELLATO, G.; SILVA, A. L. M. *Cuidados paliativos e comportamentos perante a morte*.

corpo”,⁴⁴ então a busca de meios que lhe assegurem certo grau de autonomia encontra uma alternativa nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). A manifestação antecipada de vontade encaminha o tratamento do enfermo em fase terminal de doença, a uma morte natural, no tempo certo, com manutenção da dignidade da pessoa, a chamada ortotanásia.⁴⁵

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”,⁴⁶ as DAV, são motivo de resolução do CFM. A orientação aos médicos é para que aceitem as diretivas apresentadas por seus pacientes como segue:

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.⁴⁷

Inquestionável o benefício que traz a possibilidade de estabelecer diretivas com seu médico. A pessoa informada e esclarecida da realidade do seu estado enfermo, com espaço e vez para expor sua vontade, tendo assegurada a validade de suas diretivas, com a alternativa dos cuidados paliativos, continua a ser protagonista da sua vida. Parece claro que uma mudança de comportamento mais humanizante se avizinha, que seja às expensas de medidas disciplinadoras.

Observa-se a necessidade de cada um de modo particular refletir sobre a sua vida considerando a morte como inerente, inevitável, e inexorável podendo desde aí posicionar-se. De todo modo, e em respeito a si mesmo, é preciso considerar que todos os que vivem são

⁴⁴ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Instrução Donum vitae sobre o respeito da vida humana nascente e a dignidade da procriação*, p. 74.

⁴⁵ PESSINI, L. *Bioética: Um Grito por Dignidade de Viver*, p. 179.

⁴⁶ BRASIL. *Resolução 1995/2012*, art. 1º.

⁴⁷ *Ibidem*, art. 2º.

“terminais” desde que nasceram, não há como driblar o inevitável. A morte e as mortes: experimenta-se a morte de tantas formas muito antes *da* morte. Há espaço e tempo para cada uma dessas fases. Importa que se caminhe ao encontro da vida, sempre: “a pessoa, incluindo o corpo, está totalmente confiada a si própria, e é na unidade da alma e do corpo que ela é sujeito dos próprios atos morais”.⁴⁸ Sobre a dignidade vê-se no mesmo texto que “A origem e o fundamento do dever de respeitar absolutamente a vida humana devem-se encontrar na dignidade própria da pessoa, e não simplesmente na inclinação natural para conservar a própria vida física”.⁴⁹

Considerações finais

Do livro da Sabedoria “Deus não fez a morte nem se alegra com a destruição dos vivos. Criou todas as coisas para existirem, pois nas criaturas do mundo não há veneno de morte...”,⁵⁰ ora está dito. Se ainda não ficou claro, está na *Veritatis splendor*,⁵¹ explicação sobre a “verdadeira liberdade do homem: Deus quis deixar o homem entregue à sua própria decisão...” e mais “o homem mesmo foi confiado ao seu próprio cuidado e responsabilidade”. Então, não reconhecer a responsabilidade do existir, do fazer-se, exatamente quando se tem a oportunidade de ser autônomo não parece uma saída triunfal.

Preparar-se para a morte é uma preparação para a Páscoa (época de novas atitudes individuais que refletem sempre, é claro, no comunitário como um efeito em cascata) aí, mais do que nunca, o homem pode ser um empreendedor: converter uma aparente derrota da vida frente à morte em um proveito! Reorganizar a ação, mudar conceitos ultrapassados e reestruturar o pensamento, assumindo a

⁴⁸ JOÃO PAULO II. *Carta Encíclica Veritatis splendor*, p. 80

⁴⁹ *Ibidem*, p. 82.

⁵⁰ BÍBLIA de Jerusalém. Sb 1,13.

⁵¹ JOÃO PAULO II. *Carta Encíclica Veritatis splendor*, p. 64-65.

clareza de que a morte não é o contrário da vida e, sim, é contraponto de nascimento e tudo é vida!

O enfrentamento na terminalidade é sofrido. As atitudes diante da morte, que poderiam levar o homem a crescer em dignidade, são, no entanto, de outra ordem “se não podemos negar a morte, pelo menos podemos tentar dominá-la”.⁵² Óbvio que não é possível, se pode postergá-la ou prolongá-la, mas ela é inexorável.

A conduta solícita dos primeiros cristãos contrastava com a dos pagãos, enquanto os últimos abandonavam e separavam, marginalizando os seus enfermos, os primeiros cuidavam.⁵³ O corpo foi reabilitado por Jesus, pela encarnação e ainda mais pela ressurreição, este corpo então não mais a morada do pecado, mas morada de Deus merece ser cuidado. A assistência aos enfermos esteve e está presente no mundo cristão e na atenção da Igreja para com a comunidade. A história mostra o esforço em prol de se organizar desde os primeiros tempos de cristianismo um trabalho de solidariedade, sério e comprometido, apesar das perseguições e dos mal-entendidos quanto a mentalidade que reduzia o corpo a dinâmica pecado-castigo de Deus.

Convém superar a visão de que possa ser castigo do Criador a enfermidade, e, portanto, de que é preciso resignar-se a ela, propondo que o sofrimento possa ser entendido e assimilado como parte do processo vida e, deste modo, condição de quem vive. Estabelecendo-se uma nova relação médico-paciente, com a verdade sendo dita por um e acolhida pelo outro, pode-se lançar mão das Diretivas Antecipadas de Vontade, como instrumento de prática cristã e de autonomia responsável, assegurando dignidade no processo da morte.

“Quem crê em mim, mesmo que morra, viverá”,⁵⁴ do que é possível depreender que embora com sofrimento e a dor que possa

⁵² KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*, p. 24.

⁵³ ALARCOS, F. J. *Bioética e pastoral da saúde*.

⁵⁴ BÍBLIA de Jerusalém. Jo 11, 25.

trazer, a morte para o cristão não é o fim. É, sim, passagem para o mistério da eternidade.

Bibliografia

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- ANJOS, M. F. dos. Bioética abrangência e dinamismo. In: *Bioética, alguns desafios*. São Paulo: Loyola, 2001.
- _____. Eutanásia em chave de libertação. *Boletim 57 ICAPS* – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde, p.6, jun. 1989.
- ALARCOS, F. J. *Bioética e pastoral da saúde*. São Paulo: Paulinas, 2006.
- ALIGHIERI, D. *A divina comédia*. São Paulo: Círculo do Livro, 1983.
- BENTO XVI. *Carta Encíclica Spe salvi*. São Paulo: Paulinas, 2007.
- BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (Org.). *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.
- BÍBLIA de Jerusalém. São Paulo: Paulinas, 1985.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Publicada no *D.O.U.* de 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70. RESOLUÇÃO 1995/2012. Disponível em: < <http://www.portalmédico.org.br>>. Acesso em: 21 mai. 2013.
- CLAVEL, J. M. *Encontros de Bioética: lidar com a vida/ cuidar de pessoas*. São Paulo: Loyola, 2007.
- CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Instrução Donum vitae sobre o respeito da vida humana nascente e a dignidade da procriação* (22 de Fevereiro de 1987): AAS 80 (1988) p.74. Disponível em: <www.vaticano.va/phome_po.htm>. Acesso em 14 jan. 2014.
- CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.
- D'ASSUMPCÃO, E. A. *Sobre o Viver e o Morrer: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e para os que ficam*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.

- DURÁN, J. R. (Org.) *Bioética ao alcance de todos*. Comitê de Bioética – CNBB, Regional Sul II. Curitiba, 2008.
- ENGELHARDT, H. T. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
- FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. M. *Dicionário Brasileiro Globo*. São Paulo: Globo, 1997.
- GRÜN, A. *Morte: a experiência da vida em plenitude*. Petrópolis: Vozes, 2014. 116 p.
- JOÃO PAULO II. *Declaração sobre a eutanásia* (05 de maio de 1980): AAS 72, 1, 1980.
- _____. *Carta Encíclica Evangelium vitae*. São Paulo: Paulinas, 1995.
- _____. *Carta Encíclica Veritatis splendor*. São Paulo: Paulinas, 2006.
- _____. *Carta Encíclica Fides et ratio*. São Paulo: Paulinas, 2008.
- JUNGES, J. R. *Bioética Perspectivas e Desafios*. São Leopoldo: UNISINOS, 2005.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. [1969]. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- OLIVEIRA, R.A. Questões éticas no final da vida. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Org.). *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia, 2008, cap. 12.
- PESSINI, L. *Bioética: Um Grito por Dignidade de Viver*. 4. ed. São Paulo: Paulinas, 2009. 254p.
- PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas Atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2000.
- PESSINI, L; BERTACHINI, L. *Humanização e Cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- PIKAZA, X. *Para viver o Evangelho: Leitura de Marcos*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1996. p. 254-259.
- PIO XII. *Discurso sobre as implicações religiosas e morais e a analgesia*. (24 de fevereiro de 1957): AAS 49 (1957). Disponível em: <www.vaticano.va/phome_po.htm>. Acesso em 14 jan. 2014.

- PIVA, J.; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. *Revista Bioética*, v. 01, n. 02, p. 139-144, 1993.
- PRADE, C. F.; CASELLATO, G.; SILVA, A. L. M. Cuidados paliativos e comportamentos perante a morte. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. de A.; ERLICHMAN, M. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 149-158.
- ROSELLÓ, F. T. *Antropologia do cuidar*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- SGRECCIA, E. *Manual de Bioética I: fundamento e ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Org.). *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia, 2008.
- VARGA, A. C. *Problemas de Bioética*. São Leopoldo: UNISINOS, 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and paliative: a report of a OMS expert commitee*. Genevè: OMS, 1990. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

Recebido em: 06/05/2017

Aprovado em: 20/10/2017