

A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente

The death and the dying: bioethic considerations on euthanasia and the finitude of de life in the doctor/patient relationship

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes¹
Eliana Mendonça Trindade¹

Resumo

A eutanásia tem sido debatida na sociedade, nos meios de comunicação e nos meios científicos. A complexidade de tal temática é revelada pela multiplicidade de perspectivas envolvidas no debate, tais como: a teológica, a filosófica e a bioética e propicia implicações para a prática médica. As questões levantadas pelos avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevivência acabam por centralizar grande parte do debate sobre eutanásia e morte assistida, o que implica na distinção entre o que é liberdade para morrer e o que é o dever de salvar vidas. A vivência da morte na sociedade contemporânea acaba por se restringir aos cenários hospitalares, ocorrendo uma negação profunda da mesma. A sua vivência subjetiva fica por demais empobrecida e silenciada na sociedade contemporânea. O objetivo deste trabalho é contribuir, através de reflexões acerca do tema da eutanásia, da morte assistida e da tanatologia, enfatizando a discussão dos aspectos bioéticos no treinamento do estudante de medicina e no contexto da relação médico-paciente. Neste trabalho foi realizada uma análise crítica de artigos indexados nas bases de dados do Medline e Lilacs, assim como de livros publicados sobre os temas em questão. Divergência de opiniões sobre o tema tem crescido no meio acadêmico e em escolas médicas propiciando a reflexão sobre as estratégias vigentes sobre a morte e como morrer com dignidade.

Palavras-chave: eutanásia, morte assistida, bioética, relação médico-paciente

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde/
Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde, Brasília -DF.

Correspondência:

Maria Rita C. Garbi Novaes:
ritanovaes@ig.com.br
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Recebido em 24/agosto/2006
Aprovado 4/dezembro/2006

ABSTRACT

The euthanasia debate has increased over the years in all channels of the media as well as in scientific environments. Discussions acquire visibility since it generates reflexions and implications for medical practitioners. The complexity of such matter is revealed by the multiple aspects involved such as theological, philosophical and bioethical.

Issues risen due to advances in technologies to maintain life and prolong survival, ended up centralizing great part of the debate over euthanasia and assisted death, which implies the distinction between the licit and illicit, between freedom to die and duty to save lives. Death as experienced in contemporary society is limited to the hospital environment, revealing a profound negation of it. A subjective experience during life's most crucial moment makes it too impoverished and silent. The objective of this work is to achieve a critical analysis about euthanasia, assisted death and thanatology, emphasizing the debate over bioethical aspects of medical education and its implications in the doctor/patient relationship. Differences of opinion on the theme has grown in the academic environment and in medical schools leading to the rethinking of current strategies on how to deal with death and dying thus ensuring a dignified death.

Key words: euthanasia, assisted death, bioethics, doctor/patient relationship.

INTRODUÇÃO

A eutanásia tem sido cada vez mais debatida na sociedade, nos meios de comunicação e nos meios científicos. Segundo alguns dos pensadores da bioética, assim como o aborto foi o tema do século XX, a eutanásia será a grande questão do século XXI. Um argumento que influencia o atual debate sobre a eutanásia é o progresso da medicina, que não somente aumentou espetacularmente a expectativa de vida do ser humano na face da Terra, mas que também pode prolongar um longo e penoso processo de morrer.

Em uma das possíveis confluências da finitude com as questões levantadas pelos avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevida está o debate sobre a eutanásia e a morte assistida. Com efeito, o progressivo envelhecimento da população – como o observado no Brasil - permite que um maior contingente de pessoas chegue à senectude, tornando-se mais suscetível às moléstias crônicas e degenerativas, como os cânceres e, por conseguinte, a um processo de morrer mais prolongado e sujeito ao sofrimento¹.

O conceito de eutanásia carrega consigo o problema da distinção entre o que é ou não lícito, entre o que é liberdade para morrer e o que é o dever de salvar vidas. É aí que entra um dos pontos da discussão, pois a tradição hipocrática tem acarretado

que os médicos e outros profissionais de saúde se dediquem a proteger e preservar a vida. Se a eutanásia for aceita como um ato médico, os médicos terão também a tarefa de causar a morte².

A questão de nossa finitude existencial remonta a filosofia grega. A dimensão teológica está presente nas grandes questões bioéticas e contemporâneas, tais como: eutanásia, distanásia e mistanásia. A dimensão psicológica inerente ao tema do morrer foi elucidada nas contribuições da psiquiatra suíça Kubler Ross³. Esta psiquiatra observou as diferentes estratégias de enfrentamento do morrer. Pacientes graves na busca de alívio da angústia diante desta realidade, passam a negar, barganhar, chorar, se rebelar e alguns conseguem aceitar a realidade da morte.

Com a legalização da eutanásia e da morte assistida em vários países, este tema é retomado em muitos contextos de forma fecunda já que tem implicações éticas, religiosas, morais e legais especialmente para a sociedade, o médico e o estudante de medicina.

No contexto acadêmico dos cursos tradicionais de medicina, observam-se estratégias múltiplas de enfrentamento da morte. Em geral, a tônica tem sido o mutismo e uma simplificação na abordagem sobre o tema, a negação da dor dos pacientes, o distanciamento afetivo nas relações, a racional-

lização do problema, a crescente fragmentação do ser-humano e a impessoalidade das práticas médicas⁴. A dessacralização do corpo pode ser facilmente observada durante práticas de anatomia, na forma trivial com que muitos estudantes lidam com cadáveres⁵. O valor pedagógico inestimável de tais práticas torna fundamental a análise da dimensão ética neste contexto.

A vivência da morte passa a representar tabu na sociedade contemporânea onde a morte suscita angústias e passa a se restringir gradativamente à clausura das UTI e enfermarias dos hospitais, deixando de estar associada a rituais humanizados e significativos. Paradoxalmente, incluir o tema da morte em nossas reflexões e práticas educacionais no curso de medicina representa um ganho de consciência.

Neste trabalho foi realizada uma análise crítica de artigos indexados nas bases de dados do Medline e Lilacs, assim como de livros publicados sobre o tema da eutanásia, morte assistida e tanatologia, buscando ampliar a discussão dos aspectos bioéticos na educação médica e suas implicações na relação médico-paciente. Com o propósito de refletir sobre a fecundidade do tema da eutanásia e mais genericamente sobre a importância do tema da morte para a formação do estudante de medicina, serão trazidas reflexões acerca da tanatologia e acerca do valor pedagógico associado ao uso de cadáveres nos cursos de medicina.

Aspectos históricos da Eutanásia

O termo Eutanásia vem do grego, podendo ser traduzido como “boa morte” ou “morte apropriada”. O termo foi proposto por Francis Bacon, em 1623, em sua obra “*Historia vitae et mortis*”, como sendo o “tratamento adequado às doenças incuráveis”. De maneira geral, entende-se por eutanásia quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está debilitada ou em sofrimento. Neste último caso, a eutanásia seria justificada como uma forma de evitar um sofrimento acarretado por um longo período de doença⁶.

Distingue-se entre eutanásia ativa, de um lado, e passiva, de outro. Desde o ponto de vista da ética, ou seja, da justificativa da ação, não há diferença entre ambas. A eutanásia ativa trata-se de uma ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma. A eutanásia passiva não consistiria numa ação médica, mas na omissão, isto é, deixar de aplicar uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida de uma pessoa enferma. Por exemplo, deixar de aplicar ou desconectar o

respirador num paciente terminal sem esperanças de vida^{2,7}.

A morte assistida ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer. Neste caso, o enfermo está, em princípio, sempre consciente, manifestando sua opção pela morte, enquanto na eutanásia nem sempre o doente encontra-se consciente¹.

Em oposição à eutanásia e à morte assistida situa-se a obstinação terapêutica, também rotulada como futilidade terapêutica. Nessa categoria enquadram-se os procedimentos terapêuticos que, apesar de manterem o paciente vivo, são dispendiosos, geram sérios desconfortos, não resgatam a sua saúde e apenas conseguem prolongar a vida, biologicamente considerada. A esse extremo que se opõe à eutanásia, também se dá o nome de *distânásia*, um neologismo de origem grega, em que o prefixo *dys* significa ato defeituoso⁸.

Na sociedade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, como também era permitido que os doentes desesperados pudessem pôr fim a uma vida de sofrimentos; este direito foi interrompido quando a vida passou a ser considerada um dom de Deus. Em 1605, Francis Bacon apontou que a eutanásia passava a ser um assunto médico, tendo a conotação de aliviar o sofrimento de doentes terminais; assim, quando fosse necessário, poder-se-ia apressar a morte⁹.

Na Grécia, os espartanos jogavam do alto de um monte os recém-nascidos defeituosos e os idosos; em Atenas, era o Senado que tinha o poder absoluto de decidir sobre a eliminação dos idosos e dos incuráveis. Em Roma, César autorizava o término da agonia de gladiadores feridos, com um movimento dos dedos. Na Índia, as pessoas com doenças incuráveis eram jogadas no Ganges e sua boca e narinas eram vedadas com a lama sagrada. Na Idade Média, os guerreiros feridos mortalmente tinham direito ao punhal, reconhecendo-se seu uso como ato misericordioso, para evitar o sofrimento prolongado⁹.

Assim, a eutanásia era admitida na Antiguidade, tanto para eliminação dos imperfeitos, quanto como forma de aliviar o sofrimento, ficando estes dois sentidos misturados durante muito tempo. Já nas práticas de eugenia, no nazismo, há prevalência do primeiro¹⁰.

As práticas eutanásicas de que temos notícia desde a Grécia Antiga, até a época nazista basearam-se sempre em motivos sociais, políticos, médicos, eugênicos, entre outros, porém nunca levaram em conta a vontade dos pacientes. Atualmente, a discussão centra-se nos direitos dos enfermos a que não se prolongue o sofrimento ou que possam decidir sobre o seu morrer. O princípio da autonomia é o que agora está no centro: o direito de cada um à própria morte.

Reflexões bioéticas e legais sobre a eutanásia e a morte assistida

A Associação Mundial de Medicina, desde 1987, na Declaração de Madrid, considera a eutanásia como sendo um procedimento eticamente inadequado. No Direito Brasileiro, a eutanásia é vista como homicídio, portanto, ilícita e imputável, mesmo que a pedido do paciente¹¹. No Código vigente, ela é vista como assassinato e o motivo piedoso alegado não atenua a pena. A conduta de desligar equipamentos será lícita se não significar encurtamento da vida, obedecendo ao princípio de não-maleficência.

Em alguns outros países, a eutanásia e a morte assistida são aceitas, sob determinadas condições, ou até mesmo legalizadas. Em outros, há projetos de lei para a legalização, mas estes projetos em geral contam com forte oposição.

No Uruguai, por exemplo, é facultada, desde 1934, ao juiz, a exoneração do castigo a quem realizou este tipo de procedimento, desde que preencha três condições básicas: ter antecedentes honráveis, ser realizado por motivo piedoso e a vítima ter feito reiteradas súplicas⁶.

Os Territórios do Norte da Austrália, em 1996, aprovaram uma lei que possibilitava formalmente a eutanásia. Meses após, esta lei foi revogada, impossibilitando a realização da eutanásia na Austrália⁶.

Nos Estados Unidos, a eutanásia não é permitida, no entanto, é legal e bastante usual o testamento em vida, no qual é pedido que não haja ressuscitamento em caso de parada cardíaca – também uma forma de pedir para morrer. Em outubro de 1997, o estado do Oregon, nos EUA, legalizou o suicídio assistido⁹.

Na Holanda a eutanásia é legalizada. A lei, que entrou em vigor em abril de 2002, tornou a morte assistida e a eutanásia, procedimentos legalizados nos Países Baixos. Desde 1990, o Ministério

da Justiça e a Real Associação Médica Holandesa (RDMA) concordaram em um procedimento de notificação de eutanásia. Desta forma, o médico ficava imune de ser acusado, apesar de ter realizado um ato ilegal.

A lei holandesa estabelece, inclusive, que menores de idade, a partir de doze anos, solicitem a eutanásia, desde que acompanhada da autorização dos pais. Os critérios legais estabelecem que a eutanásia possa ser realizada: quando o paciente tiver uma doença incurável e estiver com dores insuportáveis; o paciente tiver pedido, voluntariamente, para morrer; depois que um segundo médico tiver emitido sua opinião sobre o caso¹².

A Suíça proíbe a eutanásia, mas autoriza em sua lei a morte assistida, o que permite que um paciente busque ajuda de uma das quatro instituições especializadas daquele país, para morrer. O procedimento pode ser realizado sem a participação de um médico e a pessoa que deseja morrer não necessita estar em fase terminal. A base legal são os Códigos Penais de 1918, que afirmam que o suicídio não é crime⁶.

Nos países onde a eutanásia ainda não é permitida por lei, existem movimentos criados para reivindicar o direito de “morrer com dignidade”. Em 1980, surgiu a Federação Mundial das Associações para o Direito de Morrer com Dignidade¹³.

Por outro lado, associações como *Not Dead Yet*, de pessoas portadoras de deficiências físicas, caracterizam esta possibilidade como sendo um padrão duplo que os discrimina frente ao restante da sociedade⁶.

Também existe um movimento contrário, pelo temor de que seja praticada a eutanásia sem limites, tendo levado à criação de uma “Associação de Proteção à Eutanásia”, dentro da Holanda⁸.

Movimento contrário à eutanásia e à morte assistida também é feito pelas principais religiões, que se posicionam pela vida até seu fim natural, manifestando-se a favor do cuidado aos pacientes com doença avançada, devendo se preservar a dignidade no processo da morte, evitando-se o prolongamento artificial e penoso do processo de morrer.

A “Declaração sobre a Eutanásia”, de cinco de maio de 1980, da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, é o documento mais completo sobre o assunto no Cristianismo. A eutanásia é condenada

como violação da lei de Deus, ofensa à dignidade humana e considerada um crime contra a vida. Entretanto, ante a iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios empregados, é lícito tomar a decisão de renunciar a alguns tratamentos que prolongariam precária e penosamente a existência, sem interromper, porém, os cuidados normais devidos ao enfermo¹².

De acordo com tal declaração, há também a possibilidade de que a vida possa ser encurtada como efeito secundário à utilização de drogas para diminuir o sofrimento de pacientes com dores insuportáveis, por exemplo. Desta forma, utilizando o princípio do duplo efeito, a intenção é diminuir a dor, porém o efeito, sem vínculo causal, pode ser a morte do paciente^{13,14}.

Mundialmente há as mesmas indagações e preocupações que levam as pessoas, mesmo fora da influência da Igreja, a posicionarem-se contra ou a favor da eutanásia e da morte assistida. Há dúvida e medo do que possa vir a ocorrer com a legalização. Há preocupação com possíveis abusos, com a relação médico-paciente e com a ética médica. Por outro lado, existe a questão do respeito à autonomia do paciente, do seu direito de decidir sobre sua vida e sua morte¹³.

Relação médico-paciente frente à eutanásia e a morte assistida

Na questão da relação médico-paciente, os que são contra a eutanásia alegam vários motivos, entre eles que o peso psicológico de uma permissão para matar pode seduzir os médicos a relaxarem no tratamento para com os pacientes e que poderia haver desconfiância na relação médico-paciente. Existe também o questionamento se a eutanásia não virá em detrimento da criação de programas de cuidados paliativos, que oferecem cuidados para amenizar as dores de pacientes terminais¹³.

Os que são contrários à eutanásia dizem ainda que é uma “triste sina” para o médico ficar apressando a morte dos seus pacientes, enfatizando os seguintes pontos: a irrenunciabilidade da vida humana, mudança de idéia por eventual descoberta de um novo tratamento, necessidade de discussão sobre a relatividade do que se entende como sofrimento intolerável e considerações sobre a idoneidade moral e profissional do médico⁸.

Os médicos, quanto ao aspecto moral, devem ter bem claro se morrer é, realmente, o desejo do paciente. Se ele estiver deprimido e demente, talvez um simples antidepressivo seja a solução. Talvez

não haja alívio para a doença, mas exista para os sintomas¹⁵.

Estudos feitos após a legalização da morte assistida no Oregon sugerem que apenas algumas intervenções e medicamentos antidepressivos podem resultar na desistência do paciente de encurtar sua vida¹⁶.

Além dos problemas na relação médico-paciente, há outros argumentos dos que são contra a eutanásia. Eles afirmam que ao se aceitar alguma forma de eutanásia é bastante provável que uma cadeia de eventos com más conseqüências venha a ocorrer. Assim sendo, alega-se que um argumento usado em uma situação cujas conseqüências sejam aceitáveis poderá continuar a ser usado em outras situações, em um esquema de gradação, levando a resultados indesejáveis⁸.

Outra preocupação que atinge muitos é a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida e outras) e também a necessidade de levar-se em conta que muitos pedidos não são, de fato, voluntários, mas, na verdade, são induzidos ou até forçados pela falta de cuidados e recursos adequados¹.

Afirma-se também que pode ocorrer pressão psicológica, por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro “estorvo” para os familiares, o que poderia deixar os pacientes, cuja morte se aproxima, sem perspectiva outra que não a eutanásia, de fato não desejada e, portanto, de alguma forma imposta por razões circunstanciais¹.

Quando é discutido o livre consentimento, é preciso ainda considerar – o que muitas vezes os defensores da liberdade não consideram – que toda ação tem conseqüências e algumas destas afetam os outros. Assim, por exemplo, no caso do suicídio assistido é preciso considerar o conflito entre os desejos do paciente e as tradições éticas de uma profissão. Como o direito de morrer afeta o profissional médico? Um direito é uma expectativa legitimada pela lei e pelos padrões comumente aceitos.

Mas, na verdade, há dois tipos de direitos: o de reivindicação e o de liberdade. Se o direito de morrer é um direito de reivindicação, então no caso de uma pessoa que deseja morrer e não pode fazer isto sozinha, alguém terá a obrigação de ajudá-la, mas se este é um direito de liberdade, ninguém

pode impedi-la, mas, também, não é obrigado a ajudá-la.

Por outro lado, os que defendem a eutanásia retomam o princípio da autonomia e a priorização do que é qualidade de vida, apontando que na sociedade atual se observa uma desapropriação da morte. O direito de morrer aponta para a possibilidade de a pessoa poder protestar contra sofrimentos adicionais proporcionados pelos tratamentos que visam combater a doença, e que acabam por combater a própria pessoa. Afirma-se que a qualidade de vida é prioridade sobre a quantidade, e que o mais competente para decidir qual é a melhor qualidade de sua vida é o próprio titular¹.

Apesar de todos os problemas econômicos do Brasil, ainda se mantêm os pacientes em estado terminal por muito tempo nas UTI, porque os profissionais de saúde temem as consequências do desligamento dos aparelhos, e se sentem sozinhos nestes momentos.

Apesar de todo o movimento contrário à eutanásia, tanto por parte das religiões quanto por parte da sociedade, é grande o número de pessoas que solicitam o procedimento da antecipação da morte atualmente. Estudos mostram que a aceitação das pessoas em relação à eutanásia e à morte assistida depende principalmente de quatro fatores: o nível de sofrimento do paciente apesar do tratamento; a frequência com a qual o paciente pede o procedimento de terminar sua vida; a idade do paciente; e o grau de curabilidade da doença¹⁷.

Os motivos que levam as pessoas a quererem obter a eutanásia são vários. Segundo pesquisa realizada por Cohen¹⁷, os principais são preocupações sobre estar sofrendo com dores, tornar-se dependente, ser um “peso” para a família e estar empobrecido ao final da vida. Os indivíduos parecem querer a eutanásia como uma forma de obter controle sobre o seu processo de morrer.

Vários pacientes pedem para morrer porque estão internados em hospitais, solitários, abandonados e impotentes diante da vida e da morte. O pedido para morrer também pode estar relacionado com o fato de não estarem recebendo cuidados adequados, tendo sua dor subtratada. Quando o doente pede para morrer, pede também que se olhe para ele, para o seu sofrimento, para que se sinta legitimado na sua dor, podem ainda estar embutidos uma agressividade inconsciente, o pensamento de ter sido enterrado antes do tempo e claros indícios de impotência⁹.

Os pacientes terminais alegam se cansarem das dores, da invalidez, das perdas e da pouca ou nenhuma possibilidade de recuperação. Chochinov afirma em sua pesquisa que os pacientes que expressam os mais consistentes desejos de morrer são aqueles mais afetados por sintomas físicos (particularmente dor, dispnéia e fadiga), sintomas psicológicos (especialmente depressão), falta de apoio social, junto com outras preocupações existenciais (principalmente preocupação sobre ser um “estorvo” para os outros), perda de controle, falta de esperança, e o medo de que o futuro guarde apenas uma piora¹⁸.

O pedido do paciente para morrer também poderia ser uma resposta ao olhar de impotência do profissional, que não sabe o que fazer na situação, poderia ser uma afirmação de que se é humano, que ainda se está vivo. Às vezes, o paciente está tão deformado que não se sente mais vivo, nem é mais visto assim. Não pede obrigatoriamente que se faça algo, mas que seja visto e ouvido⁸.

Em um estudo com 200 casos de pacientes em estágio terminal, Cohen verificou que apenas 8,5% destes pediram que se apressasse a morte e, entre estes, observou-se uma história de depressão e abandono por parte da família. A perda da dignidade no final da vida também é muito citada por pacientes como motivo para quererem encurtar seu processo de morrer. O modo como passam a ser vistos por seus familiares e cuidadores, como uma doença e não uma pessoa os faz sentirem-se inferiorizados e os faz perderem o sentido da vida¹⁷.

A percepção do médico limita-se à doença, sem levar em consideração a identidade do paciente, o paciente se verá assim, como uma doença. A apreciação e o conhecimento da personalidade e da identidade do paciente como pai, avô, marido, ou uma pessoa com uma gama diversa de interesses, pode servir para alterar a percepção dos profissionais da saúde, oferecendo ao doente o conforto de saber que sua identidade é conhecida e afirmada¹⁷.

A presença do médico ao lado do paciente, ouvindo seus medos e anseios, tem um enorme poder terapêutico. Ao ouvi-los, a percepção de quem eles são transcende a enfermidade, elevando-os a uma condição mais ampla e pluridimensionada, como todos os seres humanos devem ser. Validar suas preocupações e valorizar suas experiências podem aumentar a esperança, mesmo daqueles cuja doença é considerada incurável. O reflexo

que o paciente capta de si mesmo, nos olhos do seu médico, afirma o seu senso de dignidade¹⁹.

Isso suscita reflexões sobre pacientes fora de possibilidades terapêuticas que, assim como qualquer outro ser humano, querem ser vistos como uma pessoa, e tratados com o mesmo respeito e dignidade com que foram tratados ao longo de sua vida. Portanto, os médicos e outros profissionais de saúde devem ouvi-los e considerar suas opiniões, sua autonomia, buscando dar conforto ao paciente e à sua família.

Como a morte é abordada no período de formação do estudante

Se pensarmos que a qualidade da relação médico-paciente é engendrada desde o início da graduação, é fundamental repensar o modelo biomédico. Durante a graduação, podem ocorrer incentivos e a crescente consolidação do humanismo natural do estudante. Por outro lado, pode, através do excessivo foco na dimensão biológica do paciente, ocorrer uma restrição na abordagem e discussão de temas que suscitem sentimentos e que por isto mesmo funcionam como elementos limitadores no treinamento de habilidades dos estudantes, tais como: capacidade empática, capacidade de observação, habilidades de construir vínculos e expressar, de forma congruente, compaixão e sensibilidade diante da proximidade da dor, da doença e da morte.

O contato do estudante com a morte, não pode se reduzir à dissecação de cadáveres em atividades de anatomia. Este momento, quase como um rito de passagem em escolas tradicionais, marca sobremaneira a futura postura do estudante que parece aprender e adotar uma postura de maior distanciamento com a condição humana, já que o foco é unicamente a aprendizagem da anatomia humana.

Na literatura é afirmado que o início da desumanização do indivíduo na medicina ocorre ainda na universidade, no exercício das aulas de anatomia, em que o estudante passa a conceber o cadáver como um material de estudo, ignorando sua identidade e seu significado social, em contradição aos preceitos da bioética, segundo os quais os cadáveres devem ser considerados como “res-humana” e não objetos quaisquer de uso, pelo significado afetivo da memória que encerram, a qual não se extingue com a morte do indivíduo²⁰.

A morte tem sido pouco conjugada na primeira pessoa, o que em si mobiliza um universo denso

de afetos. O mutismo e negação diante do morrer respeitam os preceitos de uma sociedade tecnológica onde a despersonalização do viver acaba por negar a importância do morrer. O sonho de eternidade parece ser levado a sério pela ciência.

Considerando a graduação médica, o uso de cadáver representa recurso pedagógico preferencial dos cursos de anatomia tradicionais, que poderiam ser substituídos por outros recursos pedagógicos, como: bonecos, simulações, peças anatômicas, recursos virtuais, entre outros.

As aulas de anatomia reeditam cotidianamente, nas escolas de medicina, a dessacralização do corpo e, muitas vezes, a despersonalização do cadáver. René Descartes conseguiu, no século XVII, separar de forma definitiva, corpo e mente, alma e matéria, o que na época liberou o corpo para estudos anatômicos tão fundamentais para o progresso da ciência. Neste momento, a superação do pensamento cartesiano parece ser crucial para o processo de humanização da prática e do ensino médico. Desta forma o cadáver pode deixar de representar um “paciente ideal”, aquele que permite o exercício da onipotência médica, podendo não ser a única via de aprendizagem nas escolas médicas.

O cheiro de formol aumenta a distância da condição humana do cadáver, o que acaba por atenuar o colorido emocional inerente à proximidade com a própria morte. A incapacidade de lidar com emoções e a rigidez das práticas pedagógicas faz com que, muito freqüentemente, o cadáver seja despersonalizado. Fica patente a importância do resgate do sagrado nestes contextos de ensino, o que implica na utilização de rituais e de uma reflexão sobre a perene dialética entre a vida e a morte.

A revisão da literatura médica e psicanalítica dos últimos 20 anos aponta alguns trabalhos relativos ao impacto, para o estudante de medicina, do estudo de anatomia com cadáveres. O uso de cadáveres tem feito parte importante do cotidiano pedagógico de estudantes de medicina, onde são legitimados procedimentos com animais de laboratório, cadáveres e técnicas de cura ligadas à semiologia. Sem dúvida, estas técnicas não contemplam a singularidade do encontro do médico com seu paciente.

Alguns autores afirmam que a formação de profissionais de saúde freqüentemente tem negligenciado a importância dos aspectos subjetivos, filosóficos e éticos no cuidado do sofrimento humano, já que de maneira geral, no contexto da medicina, a

proposta hegemônica atual privilegia abordagens mecanicistas²⁰.

“A dimensão ética desempenha papel crucial na relação médico-paciente. O ethos concebido como morada pode significar lugar de acolhimento e reflexão que permite a inserção e o acolhimento do sujeito, numa perspectiva humanista, propiciando espaços onde a pessoa possa confirmar valores e se reconhecer plenamente em sua condição humana. A relação médico-paciente neste sentido pode significar uma morada, um lugar de troca e de encontro”²⁰.

A forma de conceber a morte tornou-se um produto social que vem se alterando ao longo dos séculos acompanhando as evoluções históricas e culturais da sociedade. Diversas são as reações psicológicas suscitadas pelo morrer, que representa a única certeza universal, amedrontando por sua implacabilidade²¹.

A desmistificação da morte, adquirida ao longo da formação profissional, tem sua vulnerabilidade freqüentemente evidenciada quando incidentes no decurso da prática médica promovem a insinuação da vida ou da humanização outrora ignorada, gerando angústias e sofrimentos para o profissional de saúde.

É fundamental ressaltar as contribuições da psicologia médica e delinear a importância da escuta e do apoio emocional ao estudante de medicina. O espaço psicoterápico mostra-se fundamental, pois fornece a possibilidade do jovem estudante resignificar a própria história de vida na qual a medicina desempenha papel significativo.

Desta forma, a presença de certa ideologia de frieza e de distanciamento, neste contexto, pode ser notada pela ausência de rituais que sublinhem o caráter humano e sagrado dos cadáveres.

A revisão de literatura tem indicado que a postura desumanizadora de alguns médicos pode ter seu início na prática pedagógica de dissecação de cadáveres. O uso de cadáver, para alguns estudantes, pode ser vivenciado como gerador de tensão, já que pode deflagrar múltiplos conflitos e dilemas. O cadáver pode deixar de representar um “paciente ideal”, aquele que permite o exercício da onipotência médica, podendo não ser a única via de aprendizagem nas escolas médicas e ao mesmo tempo representando oportunidade de reflexões fundamentais sobre a fragilidade de nossa condição humana³.

CONCLUSÃO

Ao mesmo tempo em que o avanço da tecnologia na medicina tem permitido a cura de várias enfermidades, tem também permitido que o processo de morrer seja prolongado e tratado como um fenômeno puramente biológico, gerando sofrimento para os pacientes e suas famílias. Com isso, a eutanásia e a morte assistida surgem como uma possibilidade de alívio para o sofrimento e tornam-se realidades cada vez mais presentes na sociedade e, portanto, na vida do médico.

A discussão leva à reflexão sobre a prática médica no cuidado dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, a necessidade da humanização no atendimento e sobre o papel consciente do próprio paciente, cujos direitos e a autonomia devem ser respeitados.

É patente na sociedade contemporânea, a dificuldade de se encarar a morte. A morte jamais é conjugada na primeira pessoa, já que incluí-la em nossa sociedade mobiliza grande carga de afetos. O sonho de eternidade tem sido levado a sério pela ciência, o que parece gerar um grande mutismo em relação ao tema. O enfoque tecnológico de nossa sociedade provoca uma *coisificação* e despersonalização do viver e do morrer.

Concluimos que o tabu da morte acaba por impedir a realização de rituais mais humanizados e significativos no contexto médico contemporâneo. O mutismo diante do morrer não nos imuniza da angústia diante de nossa finitude existencial, nem tão pouco alivia a dor inerente aos processos de luto necessários à elaboração das perdas e à dissipação dos medos evocados pela morte, bem como impede o aprofundamento nas questões bioéticas fundamentais para o enfrentamento de tal questão. Sugerimos a ampliação de espaços profissionais e acadêmicos de debate e reflexão sobre o tema, especialmente em cursos de medicina, entre outros na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siqueira-Batista R. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis 2001; 3(1):18-22.
2. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética 2002; 10 (2):72-51.

3. Kübler-Ross E. *Morte: Estágio Final da Evolução*. Rio de Janeiro, Record. 1996
 4. Novaes LCG, Novaes MRCG. Aspectos éticos e legais na utilização de órgãos de cadáveres para transplantes e exame de corpo de delito no Distrito Federal. *Revista de Saúde do Distrito Federal* 2004; 15 (1/2): 105-113.
 5. Novaes LCG, Machado Filho JRS, Novaes MRCG. Razões legais e éticas na atenção ao cadáver e nas autópsias. Aspectos éticos e legais na utilização de órgãos de cadáveres para transplantes e exame de corpo de delito no Distrito Federal. *Revista de Saúde do Distrito Federal* 2004; 15 (1/2):87-103.
 6. Goldim JR. Bioética, morte e morrer. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/textos.htm#eutanasia>. Acessado em 02/08/2006.
 7. Margotto PR, Novaes MRCG, Pimentel M. Aspectos bioéticos da reanimação neonatal: quando iniciar x quando interromper. *Revista de Saúde do Distrito Federal* 2004; 15(1/2):47-69.
 8. Torres WC. *A Bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte*. 2003.
 9. Kovács M.J. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP* 2003; 14(2):167-189.
 10. Kahn MJ, Lazarus CJ, Owens DP. Allowing patients to die: practical, ethical and religious concerns. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21(15):3000-3002.
 11. Brasil. Constituição Federal. Artigo 196. Texto promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais até a 44/2004.
 12. Declaration on Euthanasia. Prepared by the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith 1980:5.
 13. Pessini L. *Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?* Aparecida, SP: Santuário. 1990.
 14. Gafo J. *La eutanásia: el derecho a una muerte humana*. Madrid: Ediciones Tema de hoy. 1990.
 15. Delden V. Centro de Bioética do Cremesp. Eutanásia pré-requisitada é incoerente. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=EntrevistaIntegra&id=18>. Acessado em 02/08/2006.
 16. Bomberg MHPF. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1996.
 17. Cohen C, Gobbetti G. Bioética e morte: respeito aos cadáveres. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(2):117-36.
 18. Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22(7):1336-1340.
 19. Ezekiel J, Emanuel MD, Diane L, Fairclough DPH, Linda L. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *JAMA* 2000; 284:2460-2468.
 20. Trindade EMV. Uma perspectiva histórica do sofrimento humano: considerações éticas no âmbito da saúde. *Revista de Saúde do Distrito Federal*. 2004; 15 (1/2):9-18.
 21. Frileux S, Lelièvre C, Muñoz SMT, Mullet E, Sorum PC. When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? *Journal of Medical Ethics*. 2003, 29:330-336.
-