



BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

VISÕES INTERDISCIPLINARES

Fabiana Oliveira dos Santos Gomes
Marcos Ely Almeida Andrade
Organizadores

GRUPO TIRADENTES

Luiz Alberto de Castro Falleiros

Mozart Neves Ramos

Conselho de Administração

Jouberto Uchôa de Mendonça Júnior

Superintendente Geral

Temisson José dos Santos

Superintendente Acadêmico

Ihanmarck Damasceno dos Santos

Superintendente de Relações Institucionais

Saumíneo da Silva Nascimento

Superintendente Administrativo Financeiro



UNIVERSIDADE TIRADENTES

Jouberto Uchôa de Mendonça

Reitor

Amélia Maria Cerqueira Uchôa

Vice - Reitora



EDITORA UNIVERSITÁRIA TIRADENTES

Cristiane Porto

Diretora

Ronaldo Nunes Linhares

Gabriela Maia Rebouças

Ricardo Luiz C. de Albuquerque Júnior

Álvaro Silva Lima

Conselho Editorial



BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

VISÕES INTERDISCIPLINARES

Fabiana Oliveira dos Santos Gomes
Marcos Ely Almeida Andrade
Organizadores

Aracaju - Sergipe



Produção Editorial

Juliano Beck - Revisão

Igor Bento - Capa e Diagramação

Todos direitos desta edição reservados à / Depósito legal à

Editora Universitária Tiradentes

Edunit

Av. Murilo Dantas, 300 Farolândia

Bloco F - Sala 11 - 1º andar

CEP 49032-490 Aracaju/SE

Telefone (79) 3218 2138

editora@unit.br

www.editoratiradentes.com.br



Editora Filiada à



B615

Bioética e Direitos humanos: visões interdisciplinares/ organização [de] Fabiana Oliveira dos Santos Gomes, Marcos Ely Almeida Andrade - Aracaju: EDUNIT, 2018.

79 p. il.; 23 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-68102-38-1

1. Bioética. 2. Direitos humanos. 3. Aborto. 4. Estado vegetativo. I. Gomes, Fabiana Oliveira dos Santos (org.). II. Andrade, Marcos Ely Almeida (org.) III. Título.

CDU: 608.1: 342.7

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos de autor (lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Sumário

Apresentação	9
<hr/>	
Fabiana Oliveira dos Santos Gomes Marcos Ely Almeida Andrade	
Reflexões Sobre o Início da Vida e o Aborto	19
<hr/>	
Alicely Araújo Correia Martha Maria Guaraná de Siqueira Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos	
1 Introdução	19
<hr/>	
2 As Questões de ordem biológica	23
<hr/>	
2.1 O argumento da vida humana - “Não é vida humana, é só um amontoado de células”	29
2.2 O argumento bioético - “Mas se nascer, vai viver sob quais condições?”	30
2.3 O argumento do corpo - “Mas se temos a propriedade do nosso corpo, somos obrigadas a carregar nele algo que não queremos?”	31
2.4 O argumento da criminalização - “Mas as mulheres continuarão a fazer aborto, só que ilegal.”	32
2.5 O argumento da saúde pública - “Aborto é caso de saúde pública”	33
3 Implicações jurídicas do aborto	34
<hr/>	
3.1 Entendimento Jurídico sobre o aborto no Brasil	35
3.2 Casos de aborto e decisões judiciais	36
4 Referências	39
<hr/>	

Reflexões Sobre o Estado Vegetativo e a Morte **43**

Artur Leonel de Castro Neto
Maria José Ribeiro Bezerra
Marcos Ely Almeida Andrade
Sérgio Salomão Diniz Maia Barreto

1 Introdução **43**

2 Aspectos Clínicos dos Estados da Consciência **46**

2.1 Conceitos e aspectos clínicos	46
2.2 Alterações da consciência	47
2.3 Estado Crepuscular	48
2.4 Dissociação da Consciência	48
2.5 Experiência de Quase Morte (EQM)	50
2.6 Obnubilação	52
2.7 Sonolência	53
2.8 Estupor	54
2.9 Delirium	54
2.10 Coma	55
2.11 Estado vegetativo	57
2.12 Estado Minimamente Consciente	58

3 A Bioética na vida e na morte: pequena reflexão da contingência do começo ao fim da vida **59**

3.1 O sentido da vida e da morte de forma plena e consciente	60
3.2A contingência, dignidade do ser humano, aspectos legais no Brasil	62
3.3 A Aplicação Médica: jargões científicos da distanásia, eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido	63

3.4 A vida histórica como processo de aprendizado e a morte na atualidade	66
3.5 A morte como condicionante da vida	67
4 Considerações finais	69
5 Referências	71

Apresentação

Fabiana Oliveira dos Santos Gomes

Marcos Ely Almeida Andrade

“O que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencializa o sentido de humanidade.”

(VAN RENNELAER POTTER)

A princípio, a bioética surgiu da necessidade de uma nova visão moral do mundo, após as atrocidades cometidas na II Guerra Mundial e no período pós-guerra. A opinião pública ficou estupefata com experimentos que tinham como finalidade entender como o corpo humano reagia a infecções (de 1950 a 1970, o vírus da hepatite foi injetado em crianças com limitações mentais e, em 1972, 400 negros foram infectados com sífilis), mutação celular (em 1963, foram injetadas células cancerígenas em doentes idosos) e hipotermia (cerca de 300 pessoas foram mantidas dentro de um tanque gelado para avaliar a resistência humana em diferentes tempos de exposição a baixas temperaturas).

Mas falar de bioética não é só abordar questões de experimentação humana e animal; é relacioná-la com os avanços da ciência e tecnologia e as notáveis transformações socio-culturais; é refletir sobre as implicações do progresso biotecnológico, suas consequências e aplicações. A bioética, de

acordo com a perspectiva de Van Rensselaer Potter, é a ciência da sobrevivência humana (POTTER, 1971).

Embora, a bioética aborde preocupações com o rumo do desenvolvimento das pesquisas científicas e com o uso indiscriminado das novas tecnologias e seus efeitos nos seres humanos, ainda perdura uma inquietude em relação à bioética hegemônica, a ética principialista, o corpo apenas como simbologia do indivíduo. *O corpo é uma realidade biopolítica*, como percebido por Foucault (2003, p. 8 apud Wermuth, 2017, p.1): “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista”.

Segundo Potter (1988), a bioética global para o século XXI deve evoluir como uma bioética politicamente dinamizada em uma dimensão mundial, envolvendo a dimensão social, com atenção à saúde, aos animais e aos cuidados com a Terra. Foi neste contexto que surgiu a bioética de intervenção – uma bioética mais dura, interventiva e que acrescenta princípios diferenciados para uma participação mais socialmente comprometida em denunciar as desigualdades sociais e econômicas em uma perspectiva mundial. E, também, com evidentes relações com o processo de globalização orientado pelo capitalismo, que determina relações de poder e injustiças perceptíveis pelas marcas do corpo por meio da noção de corporeidade, do prazer e do sofrimento experimentados pelas pessoas de modo individual ou coletivo (NASCIMENTO, 2010).

Esse cenário de vulnerabilidades advindas do racismo, pobreza, fome, sexismo, xenofobia, homofobia, preconceito geracional e o aborto são notórios no cotidiano dos países periféricos (onde o poder se concentra em um número muito restrito de pessoas, e a maioria da população luta por condições mínimas de sobrevivência) e sua intersecção

amplifica a desigualdade. Cenário divergente dos países localizados no centro do sistema capitalista, que produzem e podem consumir tecnologia avançada, promovendo uma desigualdade de conhecimento científico. Neste panorama, a bioética representa uma proposta à insurgência epistêmica contra a dominação epistemológica do conhecimento bioético produzido nos países centrais.

O Direito, compreendido como fenômeno social, cultural e histórico, não pode se manter à margem das dilemas da atualidade que afetam a vida em sociedade. Assim, o biodireito encontra respaldo na categoria dos direitos humanos, na medida em que este vem elaborado em torno da necessidade de proteção e promoção daqueles valores e direitos considerados mais básicos para a vida digna dos seres humanos. Ao receber a influência das discussões iniciadas no âmbito da bioética, o biodireito vem refletindo acerca do estabelecimento de limites jurídicos às práticas biomédicas. Dá início à sua regulamentação, seja no interior dos ordenamentos jurídicos nacionais, na forma de legislações sobre temas específicos; seja no plano internacional, por meio de declarações que incorporam valores partilhados por diferentes culturas e sociedades nacionais.

A bioética já é reconhecida entre os direitos humanos internacionais, a tal ponto que, em 2005, a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) adotou por aclamação a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

“Ao tratar das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos, a Declaração, tal como o seu título indica, incorpora os princípios que enuncia nas regras que norteiam o respeito pela dignidade huma-

na, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a Declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da bioética” (UNESCO, 2006, p. 2).

Tendo em vista a complexidade dos temas abordados pela bioética, suas discussões apenas serão completas se observadas em uma perspectiva interdisciplinar ou, ao menos, multidisciplinar, como diz o artigo 2º da Declaração da UNESCO, destacando um dos seus objetivos: “fomentar um diálogo multidisciplinar e pluralista sobre as questões da bioética entre todas as partes interessadas e no seio da sociedade em geral” (UNESCO, 2006, p. 6).

A natureza complexa de vetores e fatores de vulnerabilidades requer diálogos não só entre disciplinas que convergem para a mesma temática, dentro da mesma área de conhecimento, mas entre disciplinas de áreas divergentes, bem como entre os saberes disciplinar e não disciplinar. Isso justifica a necessidade de novas formas de produção de conhecimento (técnico-científico) e formação de recursos humanos, que assumam como objetivo de investigação fenômenos que se colocam entre fronteiras disciplinares. Porém, a questão não é a simplificação de interligar os conhecimentos, mas deve-se levar em consideração a intervenção efetiva no campo da realidade social. A interdisciplinaridade é uma condição fundamental para o ensino e a pesquisa contemporâneos e várias perguntas apenas podem ser respondidas se visualizadas com esta perspectiva, entrecruzando saberes de diferentes áreas.

Com o objetivo de levar estas discussões à comunidade acadêmica, foi idealizado e realizado o I Fórum de Bioética e Direitos Humanos da Faculdade Integrada de Pernambuco (Fa-

cipe), em abril de 2017. Este evento reuniu profissionais, professores e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento para debater a respeito da bioética das situações emergentes e persistentes, diluídas em dois dias, com uma palestra e dois painéis de discussão. Este livro é fruto das discussões interdisciplinares realizadas nos painéis de discussão do respectivo Fórum.

Os autores não pretendem apresentar respostas definitivas a questões complexas, mas discutir a partir de novas formas de pensamento interdisciplinar, sendo este o real propósito da bioética. O livro aborda reflexões éticas sobre o início e o fim da vida e está dividido em dois capítulos, assim distribuídos: 1. Reflexões sobre o início da vida e o aborto; e 2. Reflexões sobre o estado vegetativo e a morte.

Nestes próximos capítulos, professores e/ou profissionais das Ciências Biológicas, Biomédicas e Jurídicas discutem temas atuais e polêmicos, relacionados ao início e o fim da vida, como o aborto e a eutanásia, pontuando aspectos importantes no processo de tomada de decisão frente a estas questões complexas.

A prática do aborto é uma questão que sempre levanta polêmicas e argumentos fortes, contrários ou favoráveis. Ainda considerado um crime no Brasil (exceto em situações específicas), o aborto é defendido por movimentos sociais, grupos feministas e alguma parcela da sociedade, enquanto é “atacado” por religiosos e grupos mais conservadores. Tal discussão, levando em conta ideais individuais arraigados, nunca terá fim. Deste modo, o aborto precisa ser pensado à luz da bioética. Quando começa a vida? Que direitos tem um ser que ainda não nasceu? Que direitos tem uma mulher sobre o seu corpo e o feto em desenvolvimento no interior do seu útero? Seria ético impedir o futuro de um ser em estágios iniciais de desenvolvimento? É ético obrigar o curso de uma gestação indesejada ou originada de violências e traumas? Estes dilemas não podem ser discutidos a não ser por meio de uma interpretação multi ou interdisciplinar.

Nesse viés, os autores fazem uma retórica sobre o aborto. Embora o tema, entre a totalidade das situações emergentes e persistentes analisadas pela bioética, seja um dos que mais se tem debatido e escrito, quando fazemos uma analogia da temática com a transição do período colonial/pós-colonial/decolonial em que se encontra o Brasil. É evidente que não houve avanços substanciais nem consensos morais democráticos nos últimos anos, e as principais barreiras da problemática são estabelecer diálogos sociais frente a posições morais e estabelecer discursos acadêmicos não-hegemônicos. A autora expõe sua opinião em defesa da vida; critica o descaso do Poder Público face às mulheres que abortam e ratifica o nosso adágio de que o discurso sempre é ideológico, carregado de sentidos, pleno de relações entre o sujeito e sua vivência com o mundo exterior. Finalizando o capítulo, uma professora do Direito conclui a respeito das implicações jurídicas no Brasil: “o aborto ainda é um crime doloso contra a vida, ao lado de homicídio, infanticídio e instigação, auxílio ou induzimento ao suicídio”.

No segundo capítulo, o leitor é convidado a refletir sobre alguns questionamentos em relação à problemática do fim da vida. Para um paciente em fase terminal de uma doença grave, a dor e o sofrimento são muito intensos. Como deve ser o cuidado nesse momento? Devem os médicos apenas prescrever terapias medicamentosas ou terapias alternativas podem ser utilizadas para alívio do sofrimento? O paciente tem o direito de desistir do sofrimento, optando por uma “morte digna”, ou a luta pelo prolongamento da vida deve sempre persistir?

A morte é sempre vista e associada como algo ruim, triste, vergonhoso, pois, se a saúde é o bem-estar físico, mental e social, então poderíamos ousar descrever a morte como sendo exatamente o oposto: o fim! Ou pode ser o recomeço para outro ser, por meio da doação de órgãos. Pois bem, caro leitor, todas essas incertezas advêm de sé-

culos. Por outro lado, com o advento da tecnologia, fomos prestigiados com o desenvolvimento e aprimoramento da medicina, que permitiu o conhecimento, a profilaxia, a cura de várias patologias e o prolongamento da vida. Entretanto, este desenvolvimento pode levar a um impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida; manter uma vida na qual a morte já está presente. Esta atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade.

O problema é que existem dúvidas quanto à conceitualização destes termos e o seu esclarecimento se faz necessário. Na tentativa de sanar esses entraves, a bioética do século XXI (global e libertadora) deve retomá-los, trazendo à tona a necessidade da discussão destas questões com base em alguns princípios: beneficência; dignidade; competência; e autonomia. Assim, no decorrer do referido capítulo, os autores abordarão questões que buscam compreender a explicação científica sobre os estados de consciência, para trazer luz à discussão bioética a respeito da personalização da vida e do direito à dignidade, até o momento da morte. Além disso, eles expõem os benefícios do avanço tecnológico frente ao prolongamento da vida, mas também a perspectiva do prolongamento do sofrimento, estimulando a discussão a respeito da decisão sobre o momento de morrer.

Nessa perspectiva, objetivamos enfocar os conhecimentos técnico-científicos, o biodireito e sua relação com a bioética, analisando de que maneira o ressurgimento da discussão em torno desta categoria de direitos básicos e da necessidade de sua observância e proteção para além dos ordenamentos das sociedades. As reflexões bioéticas são de grande relevância e estão preocupadas com os avanços biotecnológicos e suas consequências sobre a espécie humana e sobre as futuras gerações. Para Leo Pessini, o grande desafio da bioética contemporânea é o de “considerar a pessoa não

simplesmente como corpo, não a reduzindo à dimensão biológica, pura e simplesmente. A visão holística, multi, inter e transdisciplinar é imperiosa” (PESSINI, 2002, p. 66). Deste modo, para compreender e decidir sobre os dilemas relacionados ao início e o fim da vida torna-se necessário acrescentar à discussão perspectivas biomédicas, psicológicas e legais, sem esquecer o contexto sócio-econômico-cultural em que as pessoas estão inseridas.

Frente a dilemas cuja separação é tão tênue entre o justo e o prejudicial, entre o correto e o imoral, apenas através da bioética é possível decidir pelo melhor caminho, atribuindo valores corretos a cada opção. Afinal, lembrando o pensamento do filósofo brasileiro Mário Sérgio Cortella, “não há vida sem escolha; e não há escolha sem valor” (CORTELLA; BARROS FILHO, 2014, p. 45).

Referências

CORTELLA, Mário Sergio; BARROS FILHO, Clóvis de. Ética e vergonha na **cara!**. Campinas: Papirus 7 Mares, 2014, p. 45.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **Por uma vida descolonizada**: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade (Tese). Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v. 10, p. 51-72. 2002.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics**: Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

POTTER, Van Rensselaer. **Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy**. Michigan: Michigan State University Press, 1988.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias. Sector de Ciências Sociais e Humanas. **Declaração Universal sobre Bioética e Seres Humanos**. Paris: UNESCO, 2006.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi. O conceito de biopolítica em Michel Foucault: notas sobre um canteiro arqueológico inacabado. **Empório do Direito**, 2017. Disponível em: <<http://emporiododireito.com.br/o-conceito-de-biopolitica-em-michel-foucault/>>. Acesso em: 05 outubro 2017.

• Capítulo 1 •

Reflexões Sobre o Início da Vida e o Aborto

Alicely Araújo Correia
Martha Maria Guaraná de Siqueira
Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos

1 INTRODUÇÃO

As discussões contidas nestas linhas, cuja base é o I Fórum de Bioética e Direitos Humanos da Faculdade Integrada de Pernambuco (Facipe), realizado nos dias 10 e 11 de abril de 2017, nos levam a aprofundar reflexões que transcendem quaisquer períodos históricos, estágios civilizatórios, culturas e religiões. Estão no âmago da vida humana e independem, muitas vezes, de condição socioeconômica, títulos acadêmicos ou a falta deles e mesmo da condição cristã, agnóstica, atea ou umbandista. Falamos aqui sobre o início da vida e o aborto.

A neutralidade é de fato um mito. Por vezes, um discurso jornalístico travestido de uma falsa verdade com o intuito exclusivo de vender notícias. No âmbito ideológico, o que é ainda mais grave. Com base nessa assertiva, não vou discorrer de forma pseudoneutra ao longo dessas discussões, leitor, e sim apresentar impressões obtidas como moderador de um debate interdisciplinar acerca da vida versus o aborto.

Diante de uma plateia de estudantes de áreas tão distintas como engenharia mecatrônica, enfermagem, biomedicina, radiologia, administração e direito, havia uma bióloga e doutora em Entomologia Agrícola, que trazia dados irrefutáveis

sobre os aspectos biológicos. Ao tratá-los como irrefutáveis, não há aqui o discurso leviano da ciência como dogma, que invariavelmente é veiculado pela imprensa e, pior, por muitos cientistas que, no topo da vaidade, não aceitam a contestação e o debate, repito, são irrefutáveis pelo percurso já consolidado dos estudos que comprovam como o embrião é desenvolvido. Isso é tudo. Zero dogma. Zero religião. Análise. Réplica. Tréplica. Comprovação.

A cientista, Alicely Correia, é mulher, é mãe, é gente. O discurso é sempre ideológico, conforme atestam Charau-deau e Maingueneau (2008). Impossível não comunicar. Impossível não emanar significados, ainda mais especialmente quando o tema é, por mais clichê e piegas que possa parecer, o direito à existência ou ao que fazer com o próprio corpo. A pesquisadora apresentou em detalhes o rumo cientificista; expôs com propriedade a concepção e em discurso vibrante alertou sobre o risco que as mulheres mais pobres enfrentam quando decidem abortar.

Mãe, mulher, latino-americana, do Nordeste brasileiro, cuja identidade estereotipada é de povo sofrido, cristão, coração – longe do traço igualmente estereotipado do hemisfério norte – razão e frieza, Alicely Correia, foi de fato emoção. A doutora defendeu a vida; criticou o descaso do Poder Público face às mulheres que abortam e ratificou o nosso adágio que o discurso sempre é ideológico, carregado de sentidos, pleno de relações entre o sujeito e sua vivência com o mundo exterior.

A vivência dessa mulher nordestina, pertencente a um estrato que não chega a 0,5% da população brasileira, ou seja, de indivíduos com doutorado, não conseguiu prender-se a slides, tabelas, dados técnicos, fundamentos teóricos...evidenciou a sua crença na defesa à vida; às condições dignas para as mulheres dos diferentes históricos socioeconômicos de a gerarem ou mesmo de a interromperem, porém, deixou bem claro, dentro de certos aspectos legais, éticos.

A conserva cultural, ou seja, o conjunto de valores éticos e morais presentes no sujeito, também integra, obviamente, o seletivo grupo de menos 0,5% da nossa população, que em alguns casos esnoba a religião, enquanto paradoxalmente, cria o seu próprio Deus: a ciência. Foi esse conjunto de crenças que levou a estudiosa à defesa da vida; ao discurso híbrido de tom notadamente científico com valores de ordem cristã. Uma constatação? Independentemente de questões ligadas à conserva cultural, o ser humano deseja fugir da dor e do sofrimento; busca de modo irrefreável o prazer e no seu discurso a ideologia está assentada, não importando a sua origem, formação ou posição social.

Portanto, como a neutralidade é um mito, as ponderações deste moderador acerca da primeira conferência da noite transparecem a sua visão de que, graças ao elevado grau de qualificação acadêmica da conferencista, como visto no seu texto presente nesta obra, Alicely Correia introduz a temática, a desenvolve e conclui de modo didático, reflexivo e interdisciplinar, deixando ao final da sua fala uma posição clara de ordem científica, cidadã e identitária.

O papel de mediador possibilitou a este autor ainda, o olhar igualmente híbrido da segunda conferencista da mesa, Martha Guaraná, professora, advogada e mestre em Direito. A conferencista foi muito feliz na sua abordagem, intercalando as observações jurídicas a casos práticos vividos em Pernambuco nos últimos anos.

A postura da pesquisadora, que percorreu um caminho igualmente didático, introduzindo, desenvolvendo e – claro – “fechando” o seu olhar sobre o início da vida e o aborto, foi bastante oportuno para uma plateia heterogênea, favorecendo ainda, ricos questionamentos ao término da apresentação.

Na exposição, a pesquisadora interpretou a legislação vigente e expôs com riqueza de detalhes casos de aborto

que ganharam repercussão na imprensa e, claro, na opinião pública. Um deles foi o da garotinha de nove anos estuprada pelo padrasto e grávida de gêmeos.

O relato acerca da menina, cuja violência ocorreu em 2009, e cujo médico responsável pelo aborto legal foi excomungado pela Igreja Católica junto com toda a sua equipe graças a decisão do então arcebispo de Olinda e Recife, nos faz refletir sobre a perpetuação da doutrina da culpa, do medo, da hegemonia dos “homens bons”, ou seja, os que respeitam a Fé, as Leis e o “Rei”.

Conforme Villalta (1997), ao discutir o cotidiano e vida privada no Brasil Colônia, em um texto que não “envelhece” por tratar de questões históricas que devem ser discutidas no âmbito acadêmico e levadas ao cidadão comum, cronistas como Pero de Magalhães Gandavo, afirmavam que os índios do litoral brasileiro viviam sem as letras “F”, “L” e “R”, desordenadamente, por não terem “Fé, nem Lei, nem Rei.” Segundo esse intelectual, as autoridades civis e eclesiásticas portuguesas haviam de superar a “desordem”.

Por fim, passados mais de quinhentos anos da infeliz interpretação de Pero de Magalhães Gandavo, nos deparamos com um imbróglio envolvendo a Igreja Católica, uma criança de nove anos de idade, com as saúdes física e mental devastadas, a legislação vigente, na agora República, e a opinião pública. Não fosse o bastante, nas páginas a seguir, o olhar interdisciplinar científico do intercruzamento das abordagens biológica e jurídica, de duas estudiosas, cujas identidades de gênero e o ser mãe, trazem vigor às discussões a respeito da vida e do aborto. Sem dogmas. Sem fé doutrinária e pouco afinada com o real significado da compaixão humana, permeadas de culpa e castigo, o leitor tornar-se-á senhor das suas próprias conclusões.

2 AS QUESTÕES DE ORDEM BIOLÓGICA

O questionamento de quando se inicia a vida humana existe desde que o homem se entende como ser pensante, e as respostas a esse questionamento sempre foram mais profundamente ligadas ao misticismo e a subjetivismos do que a critérios científicos e técnicos.

Na antiguidade, por exemplo, Platão defendia que a vida se inicia somente após o nascimento da pessoa, quando a alma adentrava no corpo do ser humano. Já Aristóteles, seu pupilo, discordava de Platão, e pensava que a vida tinha seu início desde que a mulher era fecundada pelo homem. Nesse viés, Aristóteles elaborou a teoria da animação imediata, onde tenta explicar que a alma se juntará ao corpo, algumas semanas após a concepção, defendendo a tese que o feto tinha sim vida, afirmando, como já dito, que o início se daria com os primeiros movimentos do bebê no útero materno. A teoria de Aristóteles foi difundida por São Tomás de Aquino e Santo Agostinho que acabou sendo recepcionada pelo catolicismo, tendo seu ápice no papado de Sixto V, que condenava à pena de excomunhão aquelas que praticassem o aborto (RIOS, 2015).

A Igreja Católica teve diversas idas e vindas em relação ao aborto, mudando sua opinião pelo menos três vezes, e foi quando em 1869, no papado de Pio IX a Igreja assumiu novamente a posição imposta pelo Vaticano de condenação ao aborto, e que perdura até os tempos atuais.

As religiões cristãs, junto com o hinduísmo, afirmam que a vida começa no momento da fecundação e equiparam qualquer aborto ao homicídio. Já no judaísmo, por exemplo, admite-se o aborto, inclusive no momento do parto, nos casos em que há risco de vida para a mãe. No mesmo sentido é o islamismo. Tal postura demonstra que a noção de vida e a estima que se dá a ela transmutam-se de acordo com as sociedades, culturas e épocas (RIOS, 2015).

Certo é que definir o início da vida não é tarefa das mais fáceis. Contudo, a resposta para esse questionamento está mais ligada a questões morais e éticas do que à própria capacidade científica. Nos dias de hoje a ciência tem muito mais a dizer sobre o tal fato, coisa que em tempos passados era difícil, seja por questões de desenvolvimento técnico e científico, seja pela força opressora que a religião impunha à ciência. Com isso, não se está querendo dizer que o início da vida humana já é clinicamente definido, longe disso. O debate sobre o tema existe e, mesmo entre médicos e pesquisadores, não há consenso.

A resposta sobre a origem de um indivíduo será decisiva para determinar se aborto é crime ou não. Até hoje, nem a ciência nem a teologia têm uma resposta exata de quando começa a vida.

Biologicamente, é inegável que a formação de um novo ser, com um novo código genético, começa no momento da união do óvulo com o espermatozoide. Mas há diversas outras formas médicas para decidir quando reconhecer esse embrião como uma pessoa (MUTO; NARLOCH, 2016).

Vida é um coração batendo, um feto com formas humanas, um bebê dando os primeiros gritos numa sala de parto? Ou ela começa apenas quando a criança se reconhece como indivíduo, lá pelos dois anos de idade? Essa é uma discussão cheia de contradições e respostas diferentes. Um debate em que a medicina fica mais perto de ser uma ciência humana que biológica.

Nessa visão, existem posicionamentos diferentes sobre o início da vida humana: uma abordagem genética com a teoria da fecundação ou concepção, teoria da nidação, teoria da atividade neural e teoria natalista (BARCHIFONTAINE, 2010).

A **teoria da fecundação ou concepção**, de maneira sucinta, relata que a vida humana se inicia tão logo ocorra a fecundação do óvulo pelo espermatozoide. Numa análise um pouco mais atenta, a teoria da fecundação sustenta que no momento em que o gameta masculino vence a parede ovular e o material genético dos pais se une formando um DNA

totalmente novo, uma nova combinação de genes, aí está presente uma nova vida. De acordo com Junqueira e Carneiro (2005, p. 170-194):

Os numerosos tipos celulares que constituem um animal adulto derivam de uma única fonte celular: o zigoto. Logo após a fecundação a união da informação genética proveniente dos dois gametas provê ao novo organismo toda a informação genética necessária para a formação dos diferentes tipos celulares que futuramente irão compor o organismo adulto. Portanto o zigoto é a célula que tem o potencial máximo, podendo formar todas as células do corpo. Diz-se então que o zigoto é uma célula totipotente (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2005).

Moore e Persaud (2004, p. 17-47) também afirmam que “O desenvolvimento humano inicia-se na fertilização, quando um gameta masculino ou espermatozoide se une ao gameta feminino ou ovócito para formar uma única célula – o zigoto.”

Então, vida é quando acontece a fecundação? Isso significa dizer que cerca de metade dos seres humanos morre nos primeiros dias, já que é muito comum o embrião não conseguir se fixar na parede do útero, sendo expelido naturalmente pelo corpo.

Existem pesquisadores que defendem que a fecundação não se dá num momento exato, um momento particular. Assim, a fecundação não ocorre no momento em que o espermatozoide entra no óvulo. Ela ocorre em um período de tempo, que dura em torno de 12 horas, tratando-se de um processo, e como tal, não ocorre instantaneamente. Portanto, não há um momento exato em que se afirme que o óvulo foi fecundado.

Outro problema encontrado, quando se pensa na adoção da teoria da fecundação, é no que diz respeito a alguns métodos contraceptivos. Por exemplo, a “pílula do dia seguinte” é um

tanto controvertida (BRASIL, 2013). Ela age diminuindo o nível do hormônio folículo estimulante (FSH) que é responsável, dentre outras coisas, pelos movimentos da trompa que liberam o óvulo e o empurram em direção ao útero. Sem FSH, a trompa sossega, o óvulo estaciona e não encontra o espermatozoide. Para maior garantia, as pílulas agem também na mucosa que reveste o útero, o endométrio. Os hormônios provocam uma descamação nessa mucosa, o que impede que o óvulo fecundado fixe-se nas paredes do útero (BRASIL, 2013).

Agora, analisando os fatos, se o óvulo tivesse sido fecundado antes, a pílula do dia seguinte estaria, neste caso, agindo como abortivo e não contraceptivo. Ao fazer uso desse medicamento, totalmente legalizado e de uso liberado pelas agências reguladoras, estar-se-ia cometendo aborto? Segundo a teoria da concepção, sim, o aborto é evidente. No entanto, esse não é o posicionamento tanto da legislação quanto das agências reguladoras brasileiras.

Além disso, outra observação a ser feita nessa teoria da concepção é que existem teratomas (BRASIL, 2010), que são um tipo de tumor de células germinais, benignos ou malignos, derivado de células pluripotentes, que antecedem o embrião tridérmico diferenciado e que apesar de terem um DNA diferente do corpo da mãe, nunca serão capazes de originar um novo ser humano. Portanto, ter um material genético diferente do da mãe não garante que aquela célula seja uma vida em potencial, muito menos um ser humano.

É de se notar que a teoria da concepção não é a adotada no país, embora o Código Civil aponte que a personalidade civil da pessoa natural começa a partir do nascimento com vida. Para o Código Penal, por exemplo, o ser humano só assim o é considerado a partir da nidação, que vem a ser a fixação do embrião no útero.

Para a **teoria da nidação**, a vida tem início quando o óvulo fecundado se prende à parede do útero materno, tendo,

desta forma, condições para se desenvolver de maneira satisfatória. Isso ocorre entre o 5º e o 15º dia de gestação, e é talvez o momento mais crucial para a viabilidade do ovo ou zigoto.

Como a vida só teria início a partir do momento em que o óvulo se fixa na parede uterina, segundo a teoria da nidação, a pílula do dia seguinte não seria considerada abortiva, já que sua ação ocorre antes da fixação, ou até mesmo impedindo essa fixação do óvulo no útero. A pílula do dia seguinte tem efeito até 72 horas após a fecundação do óvulo, e a nidação, como já dito, ocorre entre o 5º e o 15º dia de gestação.

Teoria da atividade neural, conhecida também como teoria da formação rudimentar, essa teoria sustenta, basicamente, a ideia de que a vida humana se inicia no momento em que tem início a atividade neural. Assim, no momento em que a crista neural se faz presente no feto, e junto com ela as primeiras sinapses, terminações e atividade neurológica, ali está começando a vida.

Vida é o oposto de morte e como a morte cerebral é interpretada como fim da vida humana, por simetria, o começo da atividade cerebral marcaria o seu princípio. Contudo, há divergências quanto ao início da atividade cerebral. Há quem defenda que a atividade cerebral tem início na oitava semana de gestação (MADIA, SILVA, 2010). E do outro lado, outros afirmam que a atividade neural tem início por volta da 20ª semana de gestação (MADIA, SILVA, 2010). Essa divergência só pode ser esclarecida mediante análises, experimentos e exames. Assim sendo, bastaria que uma possível legislação atinente ao tema condicionasse a existência de atividade neural a exame comprobatório, onde cada caso seria único, como de fato o é. O legislador poderia, desse modo, de acordo com a teoria em questão, vincular o início da vida, e conseqüentemente a prática abortiva, a exame clínico que comprovasse a existência de atividade neural, como é o caso da ultrassonografia, que pode detectar toda a movimentação, atividade cardíaca e formação do feto.

A **Teoria natalista** apresenta uma visão ecológica e diz que somente há vida após o parto, e que necessariamente o nascido precisa apresentar sinais vitais, como choro ou movimentos próprios, e o mais peculiar de todos os sinais, a respiração. Sem tais sinais, o indivíduo é apenas um natimorto.

Tal teoria foi bastante aceita na antiguidade, onde não se cogitava falar em vida intrauterina. Atualmente, essa teoria não é mais aceita no que concerne ao início da vida humana, já que a ciência aponta como vivo aquele que ainda está no ventre materno.

Além dessas quatro abordagens teóricas, um último ponto de vista defende que o feto só existe como vida quando se torna biologicamente independente de sua mãe.

Abordando uma visão metabólica essa teoria afirma que a discussão sobre o começo da vida humana é irrelevante, uma vez que não existe um momento único no qual a vida tem início. Para essa corrente, espermatozoides e óvulos são tão vivos quanto qualquer pessoa. Além disso, o desenvolvimento de uma criança é um processo contínuo e não deve ter um marco inaugural.

Apesar de todas essas teorias sobre o início da vida, infelizmente, nem sempre a chegada de uma criança é um momento desejável na vida do casal. Até porque existem diversos momentos que levam uma mulher a engravidar e conceber uma criança, muitas vezes até contra sua vontade, como ocorre com mulheres violentadas. E nesses casos, fica a pergunta: vale a pena continuar com a gestação? O que nos remete a esse polêmico tema - aborto e a realidade brasileira como um problema de saúde pública, comentado na charge de Carol Rossetti:

Isaura fez um aborto. Todo mundo parecia muito mais disposto a julgar a legitimidade de seus motivos do que ajudar como fosse possível. Isaura, quaisquer que tenham sido suas razões, você merecia um procedimento seguro. (CARRILHO, 2016).

É preciso que se tenha em mente, e que também a sociedade evolua nesse sentido, de que o aborto existe e que, mesmo proibidas, as mulheres irão continuar abortando. Portanto, proibir não é o caminho. O caminho correto é o da educação e do planejamento familiar (SANTOS, FREITAS, 2011), viabilizados pelo Estado, para que o número de mulheres que engravidam em hora inoportuna diminua e para que nos casos que ocorram possa ser dada à mulher a liberdade de escolher se prossegue ou não com a gestação. Se optar por continuar, que assim seja, isso é o desejado. Mas se por um acaso o melhor para o momento seja interromper a gravidez, que assim seja também, com acompanhamento psicológico e social, bem como condições hospitalares para o procedimento.

Não se pode fechar os olhos para o fato de que há um grande número de mulheres que morrem todos os anos por conta de abortos malsucedidos. Procedimentos invasivos e perigosos, que colocam em risco à vida da mulher. Diante dessa perspectiva surgem argumentos que mostram quão nocivo é o aborto: o argumento da vida humana, o argumento bioético, o argumento do corpo, o argumento da criminalização e o argumento da saúde pública (BARBOSA, 2016).

2.1 O argumento da vida humana -

“Não é vida humana, é só um amontoado de células.”

Tudo é questão do que se pode provar. Onde se inicia a vida humana? Em geral, uma pessoa a favor da vida crê que seja no momento da concepção, enquanto o abortista aposta em prazos mais longos, como após três meses de gestação, fatos vistos anteriormente. Contudo, ambas as perspectivas, e também algumas outras, possuem amparo científico.

Levando isso em conta, a única margem segura para que qualquer interrupção não seja possivelmente um assassinato,

é antes da concepção. Após, pode ser um assassinato, e ninguém pôde, até então, provar o contrário.

Tudo que se evidenciou deveria bastar, mas talvez o abortista não considere a vida humana nessa perspectiva. Neste caso o ideal seria denunciá-lo e cessar o debate imediatamente, por partirem de premissas distintas, entretanto é possível que seja necessário prosseguir o debate, de modo que estamos sendo obrigados a partir para o segundo argumento.

2.2 O argumento bioético

“Mas se nascer, vai viver sob quais condições?”

Nascendo, viverá sob as condições que construir ao longo da vida que lhe for proporcionada.

No século passado, o líder nazista alemão Adolf Hitler adotou estudos eugênicos para embasar grande parte das atrocidades que cometeu contra a humanidade. Acreditando na superioridade racial de brancos arianos, característica majoritária entre o povo alemão, justificou o massacre de judeus e outros “povos inferiores” como modo de alcançar um modelo ideal de homem. Hitler acreditou que o valor da vida humana era inferior ao valor da humanidade ideal que almejava.

Joseph Stalin, líder comunista da União Soviética, pensava o mesmo que o líder nazista, mas partindo de outros ideais. Para ele, o Estado socialista, comandado pela ditadura do proletariado, era o primeiro passo para uma sociedade igualitária e livre de explorações e propriedades. Assim como Hitler, Stalin é responsabilizado pela morte de milhões de pessoas em busca de um mundo supostamente melhor.

Ambos achavam que a vida humana não era inegociável, e que matar uma vida humana em prol de um projeto teoricamente bem-intencionado, justificava-se.

Esses exemplos remetem àqueles que argumentam favorável ao aborto, apontando problemas e mazelas sociais. A mãe sem recursos financeiros; abandonada pelo pai; sem teto; sem fonte de alimentação; dependente química; etc. São inúmeros os argumentos nesse sentido.

Todas, sem exceção, são críticas válidas ao estado de coisas em que vivemos. Realmente esses problemas existem e precisam ser resolvidos. Acontece que nenhum desses argumentos justifica o possível assassinato de uma vida humana para “preservá-la” de algo. Histórias de redenção nas mais adversas condições são incontáveis.

2.3 O argumento do corpo

“Mas se temos a propriedade do nosso corpo, somos obrigadas a carregar nele algo que não queremos?”

É triste observar a rejeição de uma mãe pelo filho, mas, como o mundo não é (e nunca será) perfeito, compreende-se haver muitas coisas tristes que antecedem este fato lamentável. Portanto, por mais doloroso que seja, isso acontece.

Neste ângulo, há duas probabilidades: uma que aceita que possa haver concepção indesejada (além dos casos de estupro) e outra que rejeita, reivindicando que em praticamente todas as concepções há a anuência implícita à concepção. Ambas negam o aborto.

Na concepção indesejada, temos o caso de uma mulher que manteve relações sexuais forçadamente e conseqüentemente sem o desejo de engravidar. Ela estava ciente da possibilidade, mas não tem interesse em manter uma gestação. Como o corpo é dela, é legítimo que aborte, expulsando algo indesejável de dentro de seu corpo? Sob este prisma, em tese, a resposta seria sim.

Se o corpo é propriedade da mulher e ela não quer carregar um bebê em seu ventre, pode expulsá-lo. Contudo, levando em

conta que algumas teorias citadas anteriormente afirmam que o início da vida humana se dá após a concepção, uma interrupção da gestação durante o desenvolvimento pode ser considerada um assassinato. Assim, a mãe tem todo direito de interromper a gravidez, desde que este gesto não mate a vida humana expulsada.

Porém, até o momento não se tem conhecimento de nenhuma máquina, aparelho ou estrutura que possibilite a manutenção da vida humana após a interrupção precoce e muitas vezes, abrupta, da gravidez. O que nos leva a concluir, neste caso, que, o melhor seria a mãe ter seu filho e depois colocá-lo para adoção.

Na outra perspectiva, a mulher ao ter relação está consciente que, durante o ato sexual, há uma abertura para a possibilidade da fecundação do óvulo e da concepção. Ainda que seja utilizado preservativo masculino ou outro método contraceptivo, nenhum deles possui total confiabilidade e isto é notório; ou seja, há uma anuência implícita à possibilidade de engravidar, mesmo que essa anuência seja de apenas 0,01%.

2.4 O argumento da criminalização

“Mas as mulheres continuarão a fazer aborto, só que ilegal.”

No Brasil, a criminalização não é efetiva em combater estupro, assaltos, tráfico, assassinatos ou outros crimes. O aborto, assim como todos esses crimes, tem sua segunda maior causa na impunidade, a primeira é a degradação moral. Se tivéssemos uma justiça rápida, eficiente e justa, que punisse efetivamente os crimes, de acordo com sua gravidade e circunstância, não teríamos tantos crimes no país. A certeza da impunidade é o maior propulsor do crime que temos, ao contrário do que alguns dizem, ao considerar a desigualdade social mais preponderante, quando este é apenas o terceiro fator.

Se o aborto pode ser um assassinato e, por isso, é proibido; faz-se necessária uma fiscalização séria de clínicas clandestinas e de toda a rede que lucra com esse ato hediondo.

2.5 O argumento da saúde pública

“Aborto é caso de saúde pública.”

Sim, sobretudo quando se tem conhecimento sobre o quão mal faz às mulheres. Há poucos estudos claros e amplamente documentados quanto os que dão conta dos malefícios físicos, psicológicos e emocionais do aborto na mulher.

Ainda que a mulher tivesse direito ao aborto, caso não desejasse a gravidez; mesmo assim ela teria de lidar, após o ato, com todas as consequências nefastas que o aborto traz à saúde feminina.

Além disso, sem conseguir sanar os problemas das camadas mais pobres, o estímulo ao aborto passa a ser uma forma de controle de natalidade, numa perspectiva de higiene social. Unindo assim um problema de saúde pública com um problema social.

Assim como é impossível impedir ou monitorar um suicida resoluto, sob determinadas circunstâncias desesperadoras, algumas mulheres continuarão a intentarem contra suas gravidezes e contra si mesmas, ainda que isoladas e sem amparo. Quem o faz, tem um grave problema que a perturba, sendo estes sociais, pessoais, físicos, psicológicos ou emocionais. Problema de saúde pública, ou problema, simplesmente, têm todas que recorrem a este fim para interromper uma gravidez.

A não ser que a mulher seja de uma classe econômica mais abastada, onde ela é levada a clínicas com condições decentes para realizar o procedimento, esse é o panorama dos abortos no Brasil, com abortos feitos na clandestinidade e de forma perigosa para a saúde e vida da gestante.

O mais correto é a adoção de ações de educação, sexo seguro e planejamento familiar, fornecendo educação sexual nas escolas e promovendo propagandas nos meios de comunicação (SANTOS, FREITAS, 2011). Quando se fala em legalização do aborto, a primeira coisa que se pensa daqueles que a defendem é que são a favor do aborto. Por mais controverso que pareça, não. De forma alguma, ninguém é a favor do aborto. As pessoas que defendem a legalização do aborto são a favor de a mulher poder escolher se quer ou não aquela gestação naquele momento, e não que ela seja obrigada, sendo dada a opção de interrompê-la, por vários motivos, seja mesmo psicológico ou até financeiro, o que atualmente é denominado de aborto social ou econômico. Como já dito, as mulheres, proibidas ou não, vão abortar e isso é um fato. Portanto, deve-se dar condições iguais às mulheres, sejam ricas ou pobres, de poder realizar o aborto da forma menos traumática possível, seja esse trauma físico ou psicológico. Uma lei para tratar desse fato é imprescindível.

Contudo, considerar o aborto apenas do ponto de vista legal é fechar os olhos para um problema que insiste em se colocar, diurnamente, nos serviços de saúde e no âmbito mais amplo da sociedade brasileira.

Nascer e morrer, portanto, são pontos extremos na existência humana, reconhecendo, no âmbito da cultura, um grandioso esforço para atribuir-lhes sentido, seja por meio da religião, filosofia, ciência ou de outras manifestações do espírito.

3 IMPLICAÇÕES JURÍDICAS DO ABORTO

Existem teorias que tratam de quando se daria o início da vida, como já discutido. Essas teorias trazem à discussão a seguinte questão: “quando se poderá ter a figura típica do aborto?”

Hoje, considera-se aborto a interrupção da gestação em curso, normalmente após a nidação (fixação no útero). Ou

seja, a partir deste momento, já não se pode retirar aquela vida que está a se desenvolver no útero da gestante. Caso isto ocorra, estaria configurado o “crime de aborto”.

3.1 Entendimento Jurídico sobre o aborto no Brasil

Precisa-se destacar que o aborto está previsto no Código Penal nos artigos 124 a 128 (BRASIL, 1940). O artigo 124 fala sobre o “auto-aborto”, sendo este o aborto provocado pela própria gestante, ou seja, é o delito onde a gestante “provoca o aborto em si mesma ou consente que outrem lho provoque”. O artigo 125, a seu turno, prevê como crime a prática da provocação do aborto por parte de terceiros, sem o consentimento da gestante. O artigo 126 é direcionado às pessoas que provocam o aborto com o consentimento da gestante. No artigo 127, há uma ‘qualificadora’ para a prática do aborto, ou seja, um aumento de pena em um terço para as pessoas que provocaram o aborto na gestante em decorrência de ter deixado nela uma lesão corporal; ou a pena pode ser duplicada caso ocorra o óbito da gestante (com ou sem o consentimento dela). Em suma, o Código Penal faz uma boa distinção com efeito no que tange a qual artigo será enquadrado o crime de aborto.

Quando refletimos a respeito da interrupção da vida, algumas decisões de tribunais superiores, em especial do Supremo Tribunal Federal (STF), trazem questões em que o aborto poderia vir a ser permitido. O próprio Código Penal, em sua origem em 1940, já trazia, no artigo 128, a previsão de algumas circunstâncias em que o aborto seria permitido. Percebe-se que o artigo 128 permite a prática do aborto realizado em mulheres que sofreram algum tipo de violência, mais especificamente quando a gestação originou-se de um estupro. Também, no mesmo artigo (inciso II), há a possibilidade de

permissão do aborto quando a gestação gerar risco à vida da própria gestante.

3.2 Casos de aborto e decisões judiciais

No Recife, recorda-se de um fato a respeito da prática do aborto. Em 2009, o médico obstetra Olímpio Moraes foi excomungado duas vezes pelo então arcebispo da Igreja Católica de Pernambuco, dom José Cardoso Sobrinho. Uma delas por apoiar a iniciativa de disponibilizar a “pílula do dia seguinte” em postos de saúde no período de Carnaval; a outra, por realizar o aborto em uma menina de nove anos que sofreu estupro pelo padrasto e estava grávida de gêmeos. Segundo o médico, “Ela tinha menstruado uma vez só e não entendia o que estava acontecendo, embora fosse dito para ela o que era uma gravidez. Ela achava que estava doente e ia para o hospital tirar o tumor” (COSTA, 2016, p. 1). Toda a equipe médica e a mãe da menina foram excomungadas. O médico, que se considera católico não praticante, afirma ser este um dos motivos que o afastaram da religião após a graduação em Medicina. O médico é diretor do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), primeiro serviço médico a realizar abortos legais no Norte-Nordeste do Brasil. Em 2016, estima-se que o Cisam realizava, em média, um procedimento a cada 15 dias (COSTA, 2016). O procedimento foi judicializado, mas o médico não foi criminalizado, porque a conduta enquadrava-se nos dois incisos do já citado artigo 128 do Código Penal: a gestação originou-se de um ato de violência sexual; e tratava-se de uma gestação com risco de morte para a criança, com seu sistema reprodutor ainda em formação.

Segundo o médico supracitado, um dos grandes problemas na prática de abortos em gestações que produzam risco à vida da gestante é a ‘objeção de consciência’, em que o médico

pode se negar a realizar o aborto. Nesses casos, a mulher pode ter um atendimento demorado, prejudicando sua saúde. Para interferir na formação dos estudantes de Medicina, Moraes criou uma disciplina na Universidade de Pernambuco em que leva setores da sociedade (como movimentos feministas) para apresentarem seu ponto de vista aos alunos e discutirem questões de direito reprodutivo e planejamento familiar (COSTA, 2016).

Em 2012, o STF julgou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n°. 54, relatada pelo ministro Marco Aurélio Mello e proposta em 2004 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. A ADPF discutia a possibilidade de se permitir ou não a prática do aborto para os fetos anencéfalos, que podem não sobreviver à gestação ou apresentam expectativa de vida reduzida após o nascimento, além de apresentar risco à vida da gestante. O Supremo Tribunal Federal decidiu, portanto, que não é crime praticar o aborto ‘eugênico’ de fetos anencéfalos. Esta conclusão foi incorporada ao artigo 128 do Anteprojeto do Código Penal (inciso III) com o seguinte texto: “Se comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina, em ambos os casos atestado por dois médicos.” Em seu voto, o ministro relator da ADPF afirma que “aborto é crime contra a vida. Tutela-se a vida em potencial. No caso do anencéfalo, não existe vida possível. O feto anencéfalo é biologicamente vivo, por ser formado por células vivas, e juridicamente morto, não gozando de proteção estatal” (SANTOS, 2012).

Após o julgamento, foi expedida a Resolução n° 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina, disciplinando a respeito do diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto, com a exigência de diagnóstico inequívoco da deformidade (a partir da 12ª semana de gestação) (OLIVEIRA JUNIOR, 2016).

Há outra discussão no STF, que até o momento de publicação deste livro não havia sido julgada, discutindo a permissão do aborto em fetos que apresentam microcefalia

severa, provocada pela doença do vírus Zika. Tais fetos possuiriam expectativa de vida muito baixa ou apresentariam dificuldades permanentes, que impossibilitariam a sua autonomia como ser humano. Contudo, faz-se necessário realizar uma análise interdisciplinar mais profunda, pois há casos em que a microcefalia fetal não impede o desenvolvimento do organismo, apenas gerando dificuldades intelectuais e/ou motoras. Apesar de não haver uma conclusão por parte do STF, já há decisões tomadas por juízes de primeira instância, permitindo o aborto quando o feto possui microcefalia severa. Ainda que a decisão seja revogada ou invalidada pelo STF, as gestantes que praticaram o aborto nestas situações não serão criminalizadas. Após a publicação do alerta sobre o vírus pela Organização Pan-americana de Saúde, um estudo detalhou que, entre novembro de 2015 e março de 2016, houve 1210 pedidos de auxílio ao aborto à rede ‘Women on Web’ feitos por mulheres brasileiras, um aumento de 108% em relação ao período anterior e o maior registrado em todos os países pesquisados (AIKEN et al., 2016).

Em um caso recente, 5 pessoas foram presas preventivamente pela prática de aborto em uma clínica clandestina. As mulheres que se dirigiram a esta clínica para a prática de abortos não sofreram denúncia por parte do Ministério Público, embora, em tese, tenham praticado crimes (de acordo com o Código Penal). Ficou, portanto, comprovado que todos os abortos praticados nesta clínica clandestina ocorreram em mulheres com menos de 3 meses de gestação. O Supremo Tribunal Federal foi responsável por julgar o *habeas corpus* destas pessoas acusadas e presas; o Ministro Luís Roberto Barroso decidiu pela revogação destas prisões preventivas. Nesta decisão, o Ministro antecipou seu entendimento sobre o aborto, quando disse que “para que as mulheres tenham direito de igualdade aos homens, devem ter o direito de realizar o aborto até o terceiro mês de gestação, independentemente da situação”. Ainda segundo o Ministro, cabe

apenas à mulher decidir se deseja continuar ou interromper sua gestação (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2008).

Com essa decisão, caso algum juiz de primeira instância julgar que não houve crime na prática de um aborto, desde que até o terceiro mês de gestação, essa decisão estará amparada pela decisão da primeira turma do STF neste sentido. Contudo, o aborto ainda não foi descriminalizado no Brasil, porque os artigos previamente citados continuam existindo no Código Penal.

Concluindo, no Brasil, o aborto ainda é um crime doloso contra a vida, ao lado de homicídio, infanticídio e instigação, auxílio ou induzimento ao suicídio. Tais crimes serão, portanto, levados ao Tribunal do Júri. Porém, não foram encontrados registros de gestantes que cometeram aborto e foram levadas ao Tribunal por esta prática. Normalmente, terceiros podem (e foram) levados, mas não tem ocorrido com as gestantes, que sequer são denunciadas pelo Ministério Público.

Referências

AIKEN, Abigail et al. Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, p. 396-398, 2016.

BARBOSA, Thomaz Henrique. **5 Argumentos contra o aborto**. Obvious, 2016. Disponível em: <http://obviousmag.org/cronicas_obsessosoes/2016/5-argumentos-contra-o-aborto.html>. Acesso em: 08 abril 2017.

BARCHFONTEINE, Christian Paul de. Bioética no início da vida. **Revista Pistis Praxis**, 2 (1), p. 41-55, 2010.

BRASIL. Decreto-Lei N° 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: **Diário Oficial da União**, dezembro de 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

CHARAUDEAU, Patrick; MAINGUENEAU, Dominique. **Dicionário de Análise do Discurso**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

COSTA, Camilla. O médico excomungado por aborto de menina de 9 anos vítima de estupro. **BBC Brasil**, 27 maio 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36402029>>. Acesso em: 12 junho 2017.

JUNQUEIRA, Luiz C.; CARNEIRO, José. **Biologia celular e molecular**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MADIA, Vitor Állisson Lopes; SILVA, Larissa Aparecida da. **Anencéfalo**: um natimorto cerebral. 2010. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2578/2242>>.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 7 ed. São Paulo: Elsevier, 2004.

MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Quando a vida começa?. **Revista Superinteressante**, 1 dezembro 2016.

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino de. Aborto em casos de microcefalia causada pelo zika vírus?. **Jusbrasil**, 2016. Disponível em: <<https://eudesquintino.jusbrasil.com.br/artigos/267269255/aborto-em-casos-de-microcefalia-causada-pelo-zika-virus>>. Acesso em: 12 junho 2016.

RIOS, Stefano da Silva. Aborto e indefinição jurídica do início da vida humana. **Revista Jus Navigandi**, 20(4288), 2015.

CARRILHO, Raquel. Carol Rossetti: O preconceito pinta-se com muitas cores. **Jornal i**, 08 março 2016. Disponível: <<https://ionline.sapo.pt/artigo/499949/carol-rossetti-o-preconceito-pinta-se-com-muitas-cores>>. Acesso em: 26 julho 2017.

SANTOS, Júlio César dos, FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1813-1820, 2011.

SANTOS, Débora. Relator vota no STF pela liberação do aborto de feto sem cérebro. **G1**, 11 abril 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/relator-vota-no-stf-pela-legalidade-do-aborto-de-feto-sem-cerebro.html>>. Acesso em: 12 junho 2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54-8**. Min. Marco Aurélio (Relator). Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (Arguente). Brasília, julho de 2008.

VILLALTA, Luiz Carlos. O que se fala e o que se lê: língua, instrução e leitura. In: NOVAIS, Fernando; MELLO e

SOUZA, Laura (Org.). **História da Vida Privada no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

• Capítulo 2 •

Reflexões Sobre o Estado Vegetativo e a Morte

Maria José Ribeiro Bezerra
Artur Leonel de Castro Neto
Sérgio Salomão Diniz Maia Barreto
Marcos Ely Almeida Andrade

1 INTRODUÇÃO

Sabemos que toda vida tem um fim. Mas algumas questões persistem no imaginário, gerando dúvidas e provocando discussões infundáveis dentro e fora da ciência. Entre tais questionamentos, as certezas sobre o início e o fim da vida estão sempre presentes. Quando termina a vida? As Ciências Biomédicas já apresentaram uma resposta definitiva a esta pergunta?

Podemos indagar ainda mais: supostamente conhecendo o fim da vida e aplicando o direito à autonomia e ao livre-arbítrio, podemos decidir o momento de morrer? Aprofundando a discussão, temos o direito de aliviar o sofrimento de familiares por meio da antecipação da morte? Seria ético utilizar do suicídio assistido nessas situações? Ou ainda, seria legal permitir a ortotanásia?

Muitas destas questões permanecem sem respostas definitivas em discussões influenciadas por caracteres técnico-científicos, jurídicos, emocionais, sociais, econômicos,

étnicos e religiosos. Porém, tais reflexões apenas podem ser aprofundadas à luz de estudos interdisciplinares, tendo por base os princípios da Bioética.

Para discutir o fim da vida e as questões éticas acerca da eutanásia, distanásia e ortotanásia, especialmente em pessoas que se encontram em estado vegetativo, faz-se necessário compreender os aspectos biomédicos envolvendo os estados de consciência e a morte. Da mesma forma, torna-se imprescindível conhecer os quesitos jurídicos associados ao tema. O que diz a legislação brasileira e internacional sobre a eutanásia? Esta prática é legal (ou já foi) em alguma nação? Como a neurociência interpreta o estado vegetativo? Ainda há consciência no corpo de uma pessoa em coma profundo?

No decorrer deste Capítulo, serão abordadas questões que foram temas discutidos durante o I Fórum de Bioética e Direitos Humanos da Facipe. Busca-se compreender a explicação científica sobre os estados de consciência, para trazer luz à discussão bioética a respeito da personalização da vida e do direito à dignidade, até o momento da morte. O avanço tecnológico nos tratamentos médicos levou ao prolongamento da vida, mas também elevou a perspectiva do prolongamento do sofrimento, estimulando a discussão a respeito da decisão sobre o momento de morrer.

Os autores Maria José Ribeiro Bezerra (biomédica e mestre em Saúde Pública) e Artur Leonel de Castro Neto (biomédico e mestre em Genética) apresentam de forma clara e objetiva os conhecimentos científicos a respeito dos estados da consciência humana.

A neurociência é um campo relativamente recente e, portanto, muitas conclusões que parecem óbvias hoje podem mudar em pouco tempo. Ainda assim, é deveras importante para esta discussão conhecer em que situação

a pessoa em determinado estado ainda sente dor ou percebe os que estão ao seu redor. Ou ainda quando pode ser declarada a morte cerebral, confirmando a ausência permanente de qualquer atividade consciente em um corpo biológico. Cada religião apresenta explicações diferentes a respeito do momento da morte, mas a ciência, até o momento, é enfática em suas afirmações.

Do mesmo modo, o advogado Sérgio Salomão Diniz Maia Barreto (especialista em Direito Civil e Direito Processual Civil), nos brinda com um excelente texto esclarecendo os aspectos éticos e jurídicos das decisões de abreviação da vida, como eutanásia, distanásia e ortotanásia. Segundo o autor, o sistema de leis brasileiras elevou os direitos fundamentais à quinta geração, descrevendo princípios como a dignidade do ser humano, o direito à vida e o direito de personalidade, albergados na Constituição Federal e no Código Civil Brasileiro.

O advogado também apresentou uma visão diferente a respeito dos indiscutíveis benefícios do avanço tecnológico nos tratamentos médicos, que, segundo o mesmo, não só levam ao prolongamento da vida, mas também elevam a perspectiva de um sofrimento disfarçado de benefício. Tal visão estimula os pontos relativos ao direito de decidir sobre o momento de morrer, estando à contingência da discussão sobre como e o que será o momento da morte, diante de jargões científicos conhecidos.

Os conceitos e explicações aqui empregados são baseados em pesquisas e discussões multidisciplinares propostas pela profundidade deste tema. Como deixamos claro na apresentação deste livro, nosso objetivo não é o de fincar respostas conclusivas e definitivas sobre temas tão complexos, mas sim abrir e permitir a discussão, analisando aspectos que só podem ser debatidos unindo saberes de diferentes áreas do conhecimento.

2 ASPECTOS CLÍNICOS DOS ESTADOS DA CONSCIÊNCIA

2.1 Conceitos e aspectos clínicos

O conceito de estado de consciência ainda é tema de debates em várias áreas do meio médico e acadêmico. No âmbito científico, ele pode ser considerado como uma representação de uma propriedade emergente de conexões recíprocas entre áreas especializadas da massa cinzenta do cérebro, dentro das redes corticais e subcorticais (LAUREYS; OWEN; SCHIFF, 2004). Já quando observada de um ponto de vista mais clínico, a consciência pode ser definida como a capacidade que um indivíduo tem de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente no qual está inserido (ANDRADE et al., 2007). Atualmente, não existe um conceito que englobe todas as características das várias áreas que estudam o estado da consciência, o que torna o tema bastante desafiador, quando são necessários estudos mais específicos desse tópico, como seus aspectos clínicos e seus distúrbios.

Inicialmente, em relação às características clínicas, podemos classificar a consciência em dois estados: alerta e consciência. O estado alerta é evidenciado por manifestações comportamentais ou eletrofisiológicas de excitação do sistema nervoso, enquanto que o estado de consciência é demonstrado por comportamento voluntário, reproduzível e contínuo do indivíduo, ou pela demonstração de compreensão e expressão da linguagem, pelo mesmo. Em indivíduos saudáveis, na grande maioria das vezes, o estado de alerta é acompanhado pelo de consciência (PETERSON et al., 2015).

Anatomicamente, o estado alerta está relacionado a estruturas específicas do cérebro, como o tronco encefálico e o hipotálamo. Enquanto que o estado de consciência mostrou

estar relacionado à região frontoparietal, que engloba córtices associativos e, mais especificamente, à conectividade intrínseca dessa rede e à conectividade entre os córtices associativos frontoparietais e o tálamo (PERRI, 2014; PERRI et al., 2014).

2.2 Alterações da consciência

As alterações da consciência podem ser definidas como um estado de inconsciência alterado por um longo período de tempo, após o indivíduo sofrer uma lesão cerebral grave. Esse tipo de alteração se encontra cada vez mais presente, devido ao avanço da medicina de emergência, que está possibilitando uma melhora nas taxas de sobrevivência das pessoas que sofreram lesões cerebrais graves (PERRI, 2014).

Essas alterações do estado da consciência podem ser divididas em normal, quantitativa e qualitativa. O estado normal é caracterizado pelo período de sono, que é comum e necessário a todos os seres humanos, além de ser facilmente revertido em indivíduos saudáveis, que podem acordar espontaneamente ou através de algum estímulo externo. As alterações qualitativas são caracterizadas por uma mudança parcial ou focal do campo da consciência onde parte do campo da consciência está preservado, outra parte, apresenta alteração. Dividem-se em: estado crepuscular; dissociação da consciência; e experiência de quase morte. As alterações quantitativas possuem alguns estágios, que estão relacionados ao grau de declínio do nível de consciência, e são divididos em: obnubilação, sonolência, delirium, torpor e coma (TINDALL, 1990; CHENIAUX, 2005). Neste capítulo, também serão mencionados o estado vegetativo e o estado minimamente consciente, que são provenientes de quadros de coma.

2.3 Estado Crepuscular

Descrito em 1931 por Ruyz Maya, o estado crepuscular é uma condição de consciência pouco profunda originada pela epilepsia do lobo temporal mesial e que se inicia frequentemente logo após o fim das crises convulsivas, especialmente as parciais, terminando de forma abrupta. Sendo capaz também de ocorrer em intoxicações por álcool ou outras substâncias tóxicas, traumatismo craniano, entre outros (TANCREDI; CARNEIRO, 1944; LÜDERS; LESSER, 1987). A manifestação da crise pode acontecer de várias formas podendo envolver sintomas de distúrbios da linguagem, amnésia lacunar, distorções na percepção de objetos. Além de outras particularidades que podem estar presentes como modificações no humor. Esses episódios podem ter duração variada que vão de horas até dias (SOUZA et al., 2006). Nos estados crepusculares é comum que o indivíduo mantenha uma atividade motora de tipo automático comumente com atitudes sem objetivo prático e expressão facial indicativa de agressividade ou medo, podendo, com frequência, culminar em atos explosivos violentos com potencial para gerar implicações legais capazes de causar danos sociais e familiares (SOUZA et al., 2006).

O estado crepuscular também pode ser chamado de Estado segundo, quando se dá através de choques emocionais intensos, tendo, portanto, uma natureza mais psicogenética do que orgânica, mas que também leva a uma atividade motora coordenada estranha ao indivíduo acometido (DALGALLARRONDO, 2008).

2.4 Dissociação da Consciência

Na dissociação da consciência ocorre a perda da unidade psíquica comum ao ser humano que se dá por ruptura do campo da consciência. Esse tipo de transtorno se apresenta através do distúrbio de funções normalmente integradas de

consciência, identidade, percepção do ambiente e memória, pode aparecer de forma gradual ou súbita e ser transitório ou crônico (NEGRO JUNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 1999; SPIEGEL et al., 2011).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais os transtornos de dissociação se dividem em quatro, amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Amnésia dissociativa: se caracteriza pela incapacidade de recordar episódios autobiográficos recentes, que são incompatíveis com o esquecimento normal. Está relacionada a eventos estressantes ou traumáticos como acidentes ou lutos imprevistos. Fuga dissociativa: Se caracteriza pelo afastamento súbito do local de trabalho ou de casa, confusão a respeito da identidade pessoal e incapacidade de recordar situações do passado.

O transtorno dissociativo de identidade, caracterizado pela ruptura da identidade única, pode apresentar dois ou mais estados de personalidade distintos. É acompanhado por alterações no comportamento, consciência, memória, percepção, cognição entre outros. São recorrentes as lacunas de memória referentes às recordações de eventos cotidianos. Os sintomas provocam prejuízos na vida profissional e social do indivíduo.

Por outro lado, o transtorno de despersonalização se caracteriza pela sensação recorrente ou persistente de desprendimento do corpo ou de seus processos mentais próprios com a presença de noção da realidade intacta.

Os distúrbios de dissociação geralmente estão associados a eventos traumáticos e decorrem da incapacidade do indivíduo em integrar as experiências adversas. Sendo assim a dissociação pode ser vista como uma adaptação criativa frente a uma situação que ameaça a sobrevivência, da mesma forma que pode ser considerada como um déficit que causa problemas em diferentes domínios da vida (DEPRINCE; FREYD, 2007).

2.5 Experiência de Quase Morte (EQM)

A EQM foi descrita por Raymond Moody em 1975, o público leigo acreditou ser uma extensão da consciência pós-morte enquanto que a categoria médica sugeriu que essas experiências decorreram de mudanças químicas no cérebro (FENWICK, 2013).

O primeiro estudioso a fazer uma análise científica da EQM foi o psicólogo Kenne Ring, onde ele enumerou cinco características que ele denominou de “núcleo” das EQM. São elas: experiência fora do corpo, entrar na escuridão, sentimento de paz, visão de luz e entrar na luz (RING, 1980). E ele deu peso diferente às características identificadas e desde então uma EQM poderia ser pontuada dando origem a um score, que quanto mais alto maior a profundidade da experiência. A sistematização e a padronização desse tipo de avaliação foram possíveis quando Greyson aplicou o método padrão de análise fatorial em metade dos seus dados e testou esses dados ponderados na outra metade. Hoje se utiliza a escala de Greyson na pesquisa científica de EQM para identificar aqueles que vivenciaram essa experiência (GREYSON, 2007).

A importância médica das Experiências de quase morte se dá por diferentes razões, a primeira delas é que essa experiência desencadeia mudanças abrangentes e duráveis em relação a atitudes, valores e crenças dos indivíduos que passam por ela. Outro fator importante é que essa situação pode ser confundida com estados psicopatológicos, mas geram consequências bastante distintas desse tipo de estado, e por isso requerem uma abordagem terapêutica diferente. Além dos fatores previamente citados ampliar a compreensão em relação aos mecanismos da EQM pode ajudar no entendimento da relação entre função cerebral e consciência (GREYSON, 2007).

Clinicamente existem diversas teorias para os fenômenos presentes na EQM uma delas seria a de que altera-

ções nos gases sanguíneos, hipóxia ou anóxia, estão implicadas na EQM, pois são fatores comuns em mortes cerebrais, contudo essas experiências também podem acontecer em acidentes onde o indivíduo sai ileso e também em doenças não fatais. Deve-se salientar também que durante episódios de EQM, como convulsões, amnésia, confusão, desorientação etc. As alucinações causadas pelo desequilíbrio nas concentrações dos gases sanguíneos são geralmente assustadoras e provocam agitação e agressividade enquanto que indivíduos que passam por EQM descrevem sentir paz de maneira consistente (FENWICK, 2013).

Vários neurotransmissores no cérebro, como endorfinas ou outros opioides endógenos liberados sob estresse já foram atribuídos as EQMs de forma especulativa. O que vai de encontro a estas suposições é que as endorfinas possuem capacidade de aliviar a dor e causar bem-estar por horas, enquanto que na EQM essas sensações acontecem brevemente (GREYSON, 2007).

Anatomicamente as EQMs foram relacionadas, através de análises especulativas, a diferentes regiões do cérebro, mas principalmente ao lobo temporal direito, baseando-se na similaridade entre EQM e epilepsia do lobo temporal. Entretanto indivíduos acometidos por convulsões do lobo temporal raramente relatam ter vivenciado situações semelhantes à de um EQM. Tálamo, Hipotálamo, lobo parietal e hipocampo também tem sua participação citada como presentes nos mecanismos neurológicos presentes na EQM (BAILEY; YATES, 1996).

É consenso que fatores psicológicos, fisiológicos e socioculturais podem de fato interagir de forma complexa na presença de uma EQM, porém as teorias que foram propostas até o momento ou não estão embasadas em demonstrações sólidas dos seus resultados ou são inconsistentes com os dados disponíveis até o momento (KELLY; KELLY, 2010).

2.6 Obnubilação

A obnubilação é um estado semelhante à letargia em que o paciente tem um menor interesse no meio ambiente, retardo a estímulos e tende a dormir mais do que o normal. Pode ser despertado através do toque ou respondendo a estímulos auditivos. O indivíduo compreende ordens simples, mas não presta atenção ao que o rodeia e pode estar parcialmente desorientado (TINDALL, 1990). Essas condições levam a dificuldades na fixação da memória, agravados provavelmente pela falta de atenção gerada por esse estado. Apesar da probabilidade de a falta de atenção poder ser revertida por estímulos sensoriais, isso não demonstra um quadro de progressão psíquica. O indivíduo obnubilado quase não tem lembranças vívidas do que acontece ou aconteceu com ele durante o dia. Na condição de obnubilação, quase nenhum evento novo pode ser acrescentado à memória (TINDALL, 1990; HOWARD, 2008). Além das alterações na memória, também pode existir uma diminuição do pensamento lógico, tornando-o sem coerência e fragmentado. Não é tão raro que surjam manifestações alucinatórias, pseudo-alucinatórias ou delirantes. Apesar do indivíduo obnubilado não ser capaz de demonstrar problemas somáticos, existe a possibilidade de ele ser avaliado através da sua expressão fisionômica, quando demonstrar alguma feição relacionada a sofrimento, inquietação, ansiedade, depressão, habilidade emocional ou irritabilidade (BAYNE; HOHWY; OWEN, 2016).

Este estado da consciência, já foi descrito como sendo de graus variados, que vai de leve a moderado. De maneira geral, o estado de obnubilação pode ser classificado como de grau leve. Já o grau moderado, apresenta a sonolência como um dos principais estados (DALGA-LARRONDO, 2008).

2.7 Sonolência

O estado de sonolência é caracterizado principalmente por sintomas como, deficiência de qualidade de vigília, quantidade excessiva de sono noturno e inércia do sono. A deficiência de qualidade de vigília é definida como uma incapacidade de permanecer totalmente alerta ou acordado, ou uma propensão para dormir quando o indivíduo se encontra em estado de repouso, durante o período acordado do ciclo sono-vigília (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). O sono noturno excessivo é outro sintoma característico de pacientes com sonolência. Dificilmente ele se apresenta de forma isolada, muitas vezes coexistindo com outros distúrbios médicos. Ele é constatado quando os pacientes apresentam períodos de sono acima de 9, 10 ou 11 horas de sono, durante o período de sono principal ou durante o período de 24 horas, podendo apresentar algumas variações (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001; BARATEAU et al., 2017). Já a inércia do sono refere-se a uma alteração significativa na vigília do indivíduo após o despertar na parte da manhã ou depois de um cochilo. Também pode ser caracterizado pela quantidade excessiva de tempo que os indivíduos precisam para se sentir totalmente operacionais, tanto fisicamente quanto cognitivamente. A forma mais grave da inércia do sono, chamada de embriaguez do sono, está associada à confusão mental (discurso incoerente, desorientação, comportamentos inadequados, amnésia) de duração variável, que pode persistir várias horas após acordar. Esses distúrbios causam um grande déficit de atenção e qualidade de vida para os acometidos. As alterações nos ciclos de sono e o consequente cansaço mental e físico levam a problemas de aprendizado e indisposição para realização de atividades físicas simples, podendo levar a problemas no trabalho e até desenvolver quadros depressivos (BARATEAU et al., 2017).

2.8 Estupor

O estupor é uma das alterações de nível mais acentuado que as descritas anteriormente, onde ele é caracterizado por uma condição de falta de resposta, que se assemelha ao sono profundo, do qual o indivíduo acometido só pode ser despertado desse estado por estímulos vigorosos e repetidos. Mas, mesmo que o paciente esteja desperto, após os estímulos, ele se comunica somente pela emissão de sons monossilábicos e comportamentos simples e, assim que o estímulo cessa, o paciente estuporoso volta para o estado não responsivo (HOWARD, 2008; TINDALL, 1990). Neste estado a psicomotricidade encontra-se mais inibida do que nos estados de obnubilação. O nível de turvação da consciência é tão acentuado, que o estímulo utilizado para despertar o indivíduo é, na maioria das vezes, de natureza dolorosa. Mas, apesar do grande declínio da consciência, o indivíduo pode apresentar reações de defesa ou movimentos involuntários, embora seja incapaz de qualquer ação espontânea (DALGALARRONDO, 2008).

2.9 Delirium

O delirium foi uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica nos trabalhos de Hipócrates, onde são encontradas referências ao que hoje a medicina diagnóstica como delirium (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005).

Esse distúrbio neurocomportamental se caracteriza por alterações da consciência e da atenção, com a presença de desorientação temporoespacial, comprometimento da memória, alterações da senso-percepção, alterações psicomotoras e de comportamento, entre outros. Muito comum em idosos, mas diferente da demência que é uma doença crônica, o delirium se manifesta de forma aguda com duração que varia entre algumas horas até poucos dias (LÔBO et al., 2010). Ou-

tra característica comum nesse transtorno é o curso flutuante onde há uma alternância entre a melhora e a exacerbação dos sintomas durante o dia, muitas vezes com a presença de episódios de lucidez (LÔBO et al., 2010).

Quanto aos mecanismos fisiológicos envolvidos no delirium não há um consenso definido, mas a hipótese mais aceita para a sua patogênese é a de que este distúrbio está relacionado à neurotransmissão, inflamação e estresse crônico (INOUYE, 2006). Provavelmente trata-se da última via de alguns mecanismos patogênicos que culmina na redução do metabolismo oxidativo cerebral com falência da transmissão colinérgica entre as células nervosas. Estudos de imagem também revelam ruptura na função cortical, disfunção no córtex pré-frontal, tálamo, gânglios basais entre outros, especialmente no lado não dominante (INOUYE, 2006).

Deve se haver o cuidado de não confundir o delirium, que é um quadro de alteração do nível de consciência em pacientes com distúrbios cerebrais agudos, com o termo delírio, que é a alteração da compreensão de realidade encontrada principalmente em esquizofrênicos.

2.10 Coma

O coma é o estágio mais profundo de diminuição quantitativa do nível de consciência. Nele, não existe a possibilidade de execução de qualquer atividade voluntária consciente do indivíduo acometido, que permanece de olhos fechados (ANDRADE et al., 2007; DALGALARRONDO, 2008; HOWARD, 2008). Não há uma resposta compreensível aos estímulos externos e o paciente não pronuncia respostas compreensíveis, nem localiza com precisão estímulos nocivos. Assim, há uma ausência total de consciência do eu e do meio ambiente, mesmo quando o paciente é estimulado externamente. Não há abertura espontânea do olho, resposta

a chamados sonoros, localização de estímulos dolorosos, ou manifestações verbais (HOWARD, 2008).

Alguns sinais neurológicos ainda podem ser verificados em pacientes comatosos, apesar da ausência de qualquer vestígio de consciência. Entre eles, podem ser citados os movimentos oculares errantes com desvios lentos e aleatórios, nistagmo, transtornos do olhar conjugado, anormalidades dos reflexos oculocefálicos, oculovestibulares e ausência do reflexo de acomodação. O estado de coma apresenta graus de intensidade que são classificados de I a IV: grau I (semicoma), grau II (coma superficial), grau III (coma profundo) e grau IV (coma *dépassé*) (DALGALARRONDO, 2008).

Um quadro de coma pode ser originado de danos difusos corticais bihemisféricos ou na substância branca do cérebro, após lesão neuronal ou axonal. Também pode ser proveniente de lesões focais centrais que afetam o tegmento pontomesencefálico e as regiões paramedianas do tálamo. Após essas lesões, o metabolismo da matéria cinzenta cerebral cai para uma faixa que corresponde de 50 a 70% do valor total em pacientes comatosos (LAUREYS; OWEN; SCHIFF, 2004).

Com o objetivo de avaliar os níveis de consciência em pacientes que sofreram traumas cranioencefálicos, como os descritos acima, foi desenvolvida em 1974 a escala de Glasgow (ANDRADE et al., 2007; BRAINE; COOK, 2017).

Ela é constituída por uma tabela, a partir da qual o paciente será avaliado e receberá uma pontuação, baseado no seu estado da consciência. Essa pontuação varia entre o número 3 (indica inconsciência profunda, com ausência de abertura ocular, resposta verbal e resposta a estímulos dolorosos) e o 15 (representa o indivíduo sem alteração do nível da consciência). Durante a avaliação do paciente, parâmetros neurológicos são avaliados, e ele recebe uma pontuação de acordo com a sua condição da consciência. Nessa avaliação, são observados a abertura ocular (pontuação de 1 a 4), padrão

de resposta motora (pontuação de 1 a 6), padrão de resposta verbal (pontuação de 1 a 5) e quando recebe estímulo doloroso (pontuação de 1 a 5) (ANDRADE et al., 2007).

2.11 Estado vegetativo

Pacientes que estão em estado de coma podem evoluir para o óbito, para o retorno das condições normais da consciência ou para o despertar em estado inconsciente, que é definido como estado vegetativo. Ele é uma alteração da consciência em que existe vigília, mas não há percepção do ambiente. O indivíduo nesta condição abre os olhos, o que dá uma aparência similar de um ciclo sono-vigília normal, mas ele não apresenta movimentos voluntários ou funções cognitivas. Esta condição acontece quando existe uma recuperação mais lenta do córtex, quando comparada ao tronco cerebral ou se o córtex sofrer uma lesão irreversível (CARNEIRO; ANTUNES; FREITAS, 2005; MENDES et al., 2012; 2013).

O estado vegetativo pode estar associado a uma lenta recuperação do paciente, com uma melhora gradual das funções cognitivas. Mas, ele também pode evoluir para o estado vegetativo persistente, que é uma condição irreversível. Clinicamente, ela é caracterizada pelo tempo que o paciente permanece em estado vegetativo. Se o paciente não sofreu lesões traumáticas e passou mais de seis meses, ou sofreu lesões traumáticas e permaneceu nesse estado por mais de 12 meses, ele apresenta um quadro de estado vegetativo persistente. Anatomicamente, danos em regiões dorsolaterais do tronco cerebral têm sido associados a uma probabilidade de aumento de até sete vezes na instalação do estado vegetativo persistente (GIACINO, 2005). Existe a possibilidade que pacientes neste estado possam progredir para um nível maior de consciência, chamado de estado minimamente consciente (MENDES et al., 2013).

2.12 Estado Minimamente Consciente

O estado minimamente consciente é definido como um quadro em que pacientes inconscientes apresentam respostas comportamentais significativas. É caracterizada pela presença parcial da consciência. Esse elemento faz com que ele se diferencie dos estados de coma e vegetativo, devido ao surgimento de comportamentos conscientes, que sugerem a possibilidade de uma retomada de alguma atividade cortical associativa (GIACINO, 2005; MENDES et al., 2013).

Para serem considerados pacientes minimamente conscientes, eles devem mostrar evidências simples, mas claras, que eles possuem consciência de si mesmo ou do seu ambiente. Isso deve acontecer de maneira reprodutível ou sustentada, pelo menos, por um dos seguintes comportamentos: seguir comandos simples, responder (sim ou não) através de gestos ou verbalmente (independentemente da precisão), discurso inteligível, comportamento proposital (incluindo movimentos ou comportamentos que ocorrem devido aos estímulos do ambiente e não devido a reflexos involuntários) (BERNAT, 2006; LAUREYS; OWEN; SCHIFF, 2004).

No âmbito da bioética, o conhecimento das diferentes formas clínicas da consciência se faz essencial devido às implicações éticas presentes nos diversos transtornos relacionados à consciência, trazendo assim as implicações clínicas e biológicas para a discussão de temas com consequências éticas importantes, como por exemplo, a aplicação ou não da eutanásia em pacientes com distúrbios de consciência irreversíveis ou a respeito de formas de tratamento que possam ferir os direitos do indivíduo.

3 A BIOÉTICA NA VIDA E NA MORTE: PEQUENA REFLEXÃO DA CONTINGÊNCIA DO COMEÇO AO FIM DA VIDA

Desde o início, o nascimento e a morte dos seres humanos foram tratados de forma diferente em todas as civilizações. A Civilização Egípcia distendeu de forma rudimentar e avançada para sua época com a preparação do corpo para a “nova vida”, a aplicação da medicina para tentar compreender o sistema da morte, como o espírito era “encapsulado” dentro do corpo e como o cérebro respondia a resposta dessa energia viva.

A História tem vagado para responder os anseios da humanidade e, no decorrer dos anos, pesquisadores têm dedicado esforços para tentar explicar o sentido da morte. Podemos nos reportar a esse momento histórico, século XX e XXI, onde a morte é vista como “tabu, interdita, vergonhosa” (KOVÁCS, 2003, p. 115). Esse liame é raciocinado com o desenvolvimento da medicina e das drogas farmacológicas curando a maioria das doenças e prolongando a vida ou o sentido dela.

O impasse é delicado, pois, a todo custo, busca-se a cura e salvar uma vida quando a situação do paciente não permite, quando a morte já está presente. O sofrimento dos entes queridos aumenta, pois se trata da desnaturalização do processo da morte e do morrer, conhecido como processo tanatológico; é resoluto considerar a fase final da vida provocada por doença, principalmente crônico-degenerativas, ou o suicídio lento, provocado pela depressão ou abandono à saúde tranquila, se entregando a todo tipo contrário de alimentação não saudável.

A discussão é sistêmica, não como voltar a pensar no sentido “lúdico” que a vida vai ser prolongada a todo custo, quando o nosso tempo ou tempo do ser humano, com raras exceções, chega a beirar os cem anos, com as diversas contingências durante esse tempo. A vida é muito complexa;

a morte, muito mais. Apenas podemos intuir sobre os dois sentidos, só podemos pensar o sentido holístico, o preenchimento da compreensão da soma dos dois em um, no processo evolutivo da biosfera.

É neste contexto que surge a questão: é possível escolher uma forma de prolongar a vida, mesmo sofrendo, ou morrer, pelo tempo destinado? Observa-se o desenvolvimento de um movimento que busca a dignidade no processo de morrer, que não é o apressamento da morte, a eutanásia, nem o prolongamento do processo de morrer com intenso sofrimento, a distanásia.

3.1 O sentido da vida e da morte de forma plena e consciente

Se de um lado o avanço tecnológico da medicina para o “controle” da morte construiu uma expectativa de prolongamento da vida, do outro, apresenta-se a Bioética para legitimar o direito sobre a dicotomia da vida e da morte. A vontade de morrer, não a vontade no sentido de ceifar a vida por não querer a pessoa mais viver, mas diante de uma degeneração imposta na vida, “a vontade de morrer não pode ser excluída de modo absoluto das pessoas. A medicina tem diante de si um desafio ético de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo a dignidade perdida” (LÉPARGNEUR, 1999).

No clamor desta perspectiva, foram criados durante o século XX os “grupos Pró Morte com Dignidade, entre os quais o mais conhecido é a Sociedade Hemlock”, citado no texto da psicóloga Kovács (2003, p. 134). Diversas sociedades são criadas para a defesa dos adeptos que seguem o direito de morte de forma autônoma, de decidirem sobre sua própria morte, gerando diversos debates em todos os campos científicos das ciências humanas e biológicas.

É neste sentido que os defensores da eutanásia fundamentam seu ponto de vista na incurabilidade de certas doenças, na presença de sofrimento insuportável e levantam a linha tênue da vida para justificar sua decisão da morte com dignidade, como alívio do sofrimento visto como ato de humanidade e justiça.

Outro aspecto importante é o ponto da aplicação ética no campo da Bioética com as ramificações filosóficas e na religiosidade. “As religiões têm um papel muito importante para a humanidade, principalmente quando o sofrimento e a dor se fazem presentes, oferecendo acolhida e reflexão nesses momentos, orientando para uma vida responsável” (KOVÁCS, 2003, p. 139). Não nos aprofundaremos no ponto das religiões, mas apenas alertando o sentido da responsabilidade da vida e a tranquilidade para suavizar o coração, garantindo uma vida plena de felicidades, visto que se relaciona com o sentido dessa plenitude de viver a vida com liberdade, justiça e senso de retidão no direcionamento da consciência.

O contexto cultural da morte planejada envolve importantes significados sociais. Historicamente, o suicídio apresenta diversas conotações. Na Grécia, os estoicos viam o suicídio como um ato racional, alternativa para uma vida em desarmonia. Os romanos consideravam que se podia preparar a própria morte, principalmente quando a vida era indigna; os únicos que não podiam assim pensar eram os escravos, porque não eram considerados como seres humanos e, sim, como mercadoria e, portanto, sua morte envolveria perdas financeiras. “Do ponto de vista cristão, pode se olhar a questão do suicídio por dois ângulos: a possibilidade de elevação da alma, através do martírio, o que é aceito e até louvado; entretanto, o homem não tem direito de dispor da própria vida, desafiando Deus” (KOVÁCS, 2003, p. 149).

3.2 A contingência, dignidade do ser humano, aspectos legais no Brasil

Os aspectos da vida do ser humano são definidos como processos físico-químicos e biológicos ou, de forma mais ampla, dentro do sistema ecológico em que vive, percebe-se que o risco contra a vida é a contingência da própria vida, tanto na sua forma de existência individual como na existência coletiva, a da sociedade.

A dignidade da pessoa humana foi inserida na Constituição Federal brasileira como um dos fundamentos Republicanos (art. 1º, III/CF). Funciona, assim, como fator de legitimação das ações estatais e vetor de interpretação da legislação em geral. Na sua expressão mais essencial, dignidade significa que toda pessoa é um fim em si mesma, consoante uma das enunciações do imperativo categórico kantiano (KANT, 2004. p. 68).

O filósofo norte-americano Ronald Dworkin (2004) descreveu que a vida de qualquer ser humano tem uma valia intrínseca, objetiva. Ninguém existe no mundo para atender aos propósitos de outra pessoa ou para servir às metas coletivas da sociedade. O valor ou princípio da dignidade humana veda precisamente essa instrumentalização ou funcionalização de qualquer indivíduo.

Outra expressão da dignidade humana é a responsabilidade de cada um por sua própria vida, pela determinação de seus valores e objetivos. Como regra geral, as decisões cruciais na vida de uma pessoa não devem ser impostas por uma vontade externa a ela. No mundo contemporâneo, a dignidade humana tornou-se o centro axiológico dos sistemas jurídicos, a fonte de direitos materialmente fundamentais.

A ligação da morte com dignidade e a “permissão para matar” é complicada e pode representar risco para aqueles que são, de alguma forma, vulneráveis. A ligação da eutanásia

com doença terminal não é obrigatória; primeiro, porque o assunto não é só pensado para estes pacientes e, segundo, porque a eutanásia não é o único procedimento que resta para pacientes gravemente enfermos. Então, a questão de ser ou não um doente em estágio terminal não é o ponto essencial na discussão sobre eutanásia e sua legalização.

No Direito Brasileiro, a eutanásia é vista como homicídio, portanto, ilícita e imputável, mesmo que a pedido do paciente (Código Penal - art. 121). A morte termina a existência de uma pessoa e, com isto, cessam seus direitos; mas o paciente terminal, mesmo que em agonia, mantém a personalidade jurídica (CCB-arts. 11/21), pois ainda vive.

3.3 A Aplicação Médica: jargões científicos da distanásia, eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido

Outro aspecto a ser considerado é o que define um sofrimento como insuportável, e quem assim o define: o paciente ou os médicos? Pode -se dizer que um pedido é justificado e outro não? São perguntas complexas que demandam discussões multidisciplinares.

Mais uma questão a ser levantada é que a legalização da eutanásia pode levar a erro, abuso e desgaste da relação médica. Cada vez mais é necessário desenvolver o que se chama de diretrizes futuras, os testamentos de vida e os aspectos legais, já mencionados de forma sucinta; todos estes são instrumentos jurídicos, que podem ser usados para decisões sub-rogadas, quando a pessoa não pode mais falar de si e por si, perdendo a capacidade civil.

Há um grande paradoxo sobre o fim da vida, e o Código Civil Brasileiro fala em liberdade e dignidade, mas esta liberdade não inclui a disponibilidade da própria vida, como aponta Martin (1993), que realiza uma leitura ético-teológica

da relação médico-paciente terminal no código brasileiro de ética médica. O processo final da vida, ou seja, o deslocamento para a morte, o não mais existir materialmente, cessando o estado de consciente e autodeterminação, ocasiona a transferência das decisões para quem foi alçado para condição jurídica de herdeiro ou procurador (em vida), e que, por algum tempo, assumirá as responsabilidades pelos atos *post mortem* relacionadas ao processo do sepultamento e de desalienação ou transferências dos bens materiais, porventura existentes em nome da pessoa falecida. Independentemente de qualquer bem existente, deixará o falecido a lembrança simbólica da sua existência dos que estavam próximos, física ou afetivamente.

Uma das conclusões importantes do citado autor é a riqueza de aspectos apresentada sobre o tema nos códigos brasileiros, com um forte cunho humanitário de tradição secular, cujo valor central é a pessoa humana, com a ênfase na benignidade e que muitos profissionais desconhecem. A esta tendência se contrapõe uma ética mercantilista, preocupada com a economia, que vê a medicina como um negócio como outro qualquer. E, talvez por isso, aumentaram os pedidos para legalização da eutanásia, relacionados também com a necessidade de “acionamento” da assistência médica por falta de recursos, indo mais radicalmente, um ‘ceifamento seletivo’. Se, em 1984, há uma predominância do medicocentrismo e uma busca, nos aspectos legais, da decisão para os seus atos, perdendo-se um pouco o valor do humano, já em 1988, diante da perspectiva constitucional, retomam-se como eixo os direitos do paciente terminal, o direito à verdade e o direito de participar das decisões sobre a própria vida.

Dodge (1999) também apresenta um histórico dos códigos criminais no Brasil, em relação ao tema da eutanásia. No código de 1830, nada constava sobre eutanásia, mas havia referências ao suicídio assistido, imputando-se pena de dois anos de prisão e, em 1890, é previsto um aumento desta pena.

No Código Penal vigente, a eutanásia é vista como assassinato, e o motivo piedoso alegado não atenua a pena. Entretanto, o médico será obrigado a prolongar a vida se este for o desejo explícito do paciente ou de seus familiares. Portanto, a distanásia não é imputável, mesmo se comprovado elevado sofrimento, a não ser que as intervenções utilizadas para prolongar a vida possam ser caracterizadas como a razão para seu encurtamento.

Não se pode condenar o médico em todos os casos quando o tratamento utilizado resulta em grande sofrimento aos seus pacientes. O consenso, nestes assuntos, é muito difícil de ser alcançado. A fronteira entre sedação e eutanásia é muito tênue; o que diferencia as duas é a intenção, nem sempre muito clara. Infelizmente, a diferença entre palavras e intenções nem sempre pode ser explicitada.

A ortotanásia, entendida como possibilidade de suspensão de meios artificiais para manutenção da vida quando esta não é mais possível (desligamento de aparelhos quando o tratamento é fútil, não promovendo recuperação e causando sofrimento adicional), não é caracterizado como ato ilícito. Ou seja, a conduta de desligar equipamentos será lícita se não significar encurtamento da vida, obedecendo ao princípio bioético da não maleficência.

Com relação ao suicídio assistido, ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, e solicita o auxílio de um outro indivíduo. A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita por atos (prescrição de doses altas de medicação e indicação de uso) ou, de forma mais passiva, através de persuasão ou encorajamento. Em ambas as formas, a pessoa que contribui para a ocorrência da morte da outra, compactua com a intenção de morrer através da utilização de um agente causal.

O suicídio assistido ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que, nos Estados Unidos, já o praticou várias vezes em diferentes pontos do país, por solicitação de

pacientes de diferentes patologias (ROSCOE; DRAGOVIC; COHEN, 2000).

Como mencionado anteriormente, existe uma instituição, denominada de *Hemlock Society* (ou “Sociedade Cicuta”), numa clara alusão ao suicídio de Sócrates. Esta Sociedade publicou um livro, *A Solução Final* (HUMPHRY, 1994), que apresentava inúmeras maneiras de um paciente terminal ou com doenças degenerativas cometer suicídio. Este livro vendeu mais de 3 milhões de cópias nos Estados Unidos. No Brasil, onde foi também traduzido, não causou maior impacto.

Em outra vertente, existe o suicídio lento. Embora não validado pela sociedade médica, trata-se do abandono da saúde ao próprio tempo, a necessidade de abandonar uma vida saudável, tanto na alimentação adequada, quanto no cuidar do corpo, mantendo-se exercitado. Este sentido demonstra um tipo de depressão elevada, em que a pessoa não tem condições de realizar uma atividade saudável para recuperar ou amenizar a situação de pressão sobre sua consciência e seu corpo. Trata-se de total entrega e desprezo pelo sentimento de continuar vivendo, trazendo transtornos cruéis para as pessoas que vivem ao redor.

3.4 A vida histórica como processo de aprendizado e a morte na atualidade

Entre os fenômenos contemporâneos, a morte foi sequestrada de seu ambiente natural, da proximidade da família e dos amigos, na sua forma antiga e natural dos acontecimentos em ambientes calmos, transbordante de afetividade e serenidade, para dar lugar a ambientes técnicos e frios das salas de terapia intensiva hospitalar ou das emergências de pronto atendimentos onde os procedimentos são realizados em larga escala, como linhas de montagens das indústrias,

longe das pessoas queridas, que apenas obtém as informações necessárias do corpo médico, deixando o vácuo nas pessoas que viveram ou acompanharam a existência plena do seu ente ou amigo querido.

Para o autor Rodrigues (1983), a morte evidenciada pelos ritos e práticas funerárias representa a ambivalência de ser, ao mesmo tempo, “um traço de extrema individualidade e outro de constituição social, ela traça um confim último entre a subjetividade do eu e do outro”, processo que a desnaturalização e o isolamento do morrer restringem absolutamente.

A melhor escolha de pensar, talvez, seja decidir por viver reconhecendo que a vida é finita, que poderá acabar a qualquer momento, mas não apenas viver pensando somente nessa situação e nem agir como se amanhã fosse o último dia de nossas vidas.

As organizações e “movimentos sociais ligados à defesa dos direitos humanos, da paz e da ecologia representam, de alguma forma, esse sentimento de reconhecimento da vida como valor intrínseco sem, contudo, perder a dimensão da finitude e do relativismo generalizado”. Gandhi descreveu que nunca havia acreditado que a sobrevivência fosse um valor último. Segundo o mestre hindu, “a vida, para ser bela, deve estar cercada de vontade, de bondade e de liberdade. Essas são coisas que vale a pena morrer” (NOAL, 2003).

3.5 A morte como condicionante da vida

Neste âmbito, entende-se duas perspectivas relacionadas com a morte e a sua inevitabilidade. Correlacionadas com essas perspectivas estão diversos modos de encarar o sentido da vida. Para alguns, esta é tida por um fim definitivo, e é a este nível que a ausência de sentido se torna mais provável, o sentido da imortalidade.

Se refletirmos sobre a morte, é normal que sentimentos como medo, dor e inquietação surjam. Tudo isto porque a ideia de enfrentar o desconhecido pode aterrorizar a essas pessoas.

Segundo Epicuro (GOMES, 2003), não existe qualquer razão para se ter medo da morte, sobretudo quando esta é analisada racionalmente, perspectiva que nega a imortalidade. E leciona que “Estúpido é pois, pois, aquele que afirma ter medo da morte não porque sofrerá ao morrer, mas por sofrer com ideia de que ela há de chegar.” E continua:

“Habitua-te à crença de que a morte não nos diz respeito, dado que todo o mal e todo o bem assentam na sensação e a sensação acaba com a morte. Logo, a crença verdadeira de que a morte nada é para nós faz uma vida mortal feliz, não ao acrescentar-lhe um tempo infinito, mas ao eliminar o desejo de imortalidade. Pois não há razão para que o homem que tem plena certeza de que nada há a recear na morte encontre algo que recear na vida. Assim, também é tolo quem diz que receia a morte não por ser dolorosa quando chegar, mas por ser dolorosa a sua antecipação; pois o que não é um peso quando está presente é doloroso sem razão quando é antecipado. A morte, o mais temido dos males, não nos diz consequentemente respeito; pois enquanto existimos a morte não está presente, e quando a morte está presente nós já não existimos. Nada é, portanto, nem para os vivos nem para os mortos visto que não está presente nos vivos, e os mortos já não são. Mas os homens em geral por vezes fogem da morte como o maior dos males, por vezes almejam-na como um alívio para os males da vida. O homem sábio nem renuncia à vida nem receia o seu fim; pois a vida não o ofende, nem supõe que não viver é de algum modo um mal. Tal como não escolhe a comida da qual há maior quantidade, mas a que é mais agradável, também não procura a satisfação da vida mais longa, mas sim a da mais feliz” (EPICURO, 2008).

Alguns autores apresentam a ideia de que a imortalidade surge como uma forma de esconder a finitude do ser humano. A religião segue esta ideia e “persuade” o crente garantindo o conforto e a salvação espiritual que encontrarão para lá dos limites temporais e espaciais da vida humana.

A morte é, de fato, uma condicionante, na medida em que cessa por completo a nossa vida, todas as construções que nos esforçamos por edificar, todas as relações que estabelecemos, os laços de amizade e de amor. Porém, podemos estar perante várias situações em que a morte condicione a nossa vida. Tanto pode ser relativa à angústia provocada por uma doença terminal, como a doença de um ente querido, como também o próprio medo do futuro e do que transcende os conhecimentos do homem.

Assim, existem também várias posições que o ser humano pode tomar, sendo que estas dependem da formação deste, da sua personalidade e maneira de viver e de sua tranquilidade de conduzir sua vida e seus entes queridos. Estas situações descrevem alguns exemplos em que muitos são forçados a refletir sobre o sentido da vida.

Neste entendimento, o que se deve pensar sobre que os radicais fundamentalistas expressam sobre a vida? Os radicais hoje em dia estão a experimentar a sua insatisfação com o *status quo* fazendo guerra, não amor. “São mais seduzidos por Thanatos de que por Eros. Eles amam a morte tanto quanto vocês [no Ocidente] amam a vida” (STERN; BERGER, 2016), nas famosas e muitas vezes repetidas palavras de Osama bin Laden.

4 Considerações finais

Como afirmamos no início desta obra, o intuito aqui não é o de apresentar respostas conclusivas, mas de abrir espaço para discussões profundas ainda não realizadas. Diante

de todo o exposto, faz-se necessário uma reflexão profunda a respeito das questões sociais, biomédicas, legais, religiosas e, sobretudo, éticas, que envolvem o fim da vida.

Correlacionando as discussões, em uma visão interdisciplinar, é válido questionar se a eutanásia seria mais viável para pessoas que se encontram no estado de coma ou em estado vegetativo. O indivíduo em estado minimamente consciente tem capacidade de decidir sobre o seu próprio futuro? A opinião familiar teria mais “peso” que o desejo do próprio paciente? Independente das respostas, vale lembrar que, em todas as circunstâncias, a prática da eutanásia é considerada crime no Brasil.

Poderá encontrar-se o sentido na religião, em Deus? Poderá a dimensão espiritual e religiosa conferir uma justificação efetiva à nossa vida finita e contingente? “Se Deus não existisse, tudo seria permitido”. Por outro lado, se Deus não existe, encontramos diante de nós valores ou imposições que nos legitimem o comportamento do respeito à vida, no seu tempo finito e contingente? Ou tais conclusões independem da religiosidade?

Encerramos questionando, com o intuito de provocar uma última reflexão sobre a vida e a morte: Devem os profissionais da saúde honrar seus juramentos e manter a vida até o máximo? Ou deve o indivíduo, quando ainda em sã consciência, ter o direito de abreviar a sua existência, interrompendo seu sofrimento?

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE.
The International Classification of Sleep Disorders:
Diagnostic and Coding Manual. Chicago: American
Academy of Sleep Medicine, 2001. v. 41
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
[s.l.] American Psychiatric Association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION APA. **DSM-
V-TR:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos
Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, Almir Ferreira de et al. Coma e outros
estados de consciências. **Revista Medicina**, v. 86 (3), p.
123-131, 2007.
- BAILEY, Lee W.; YATES, Jenny. **The near-death
experience:** a reader. Abingdon: Routledge, 1996.
- BARATEAU, L. et al. Hypersomnolence, Hypersomnia, and
Mood Disorders. **Current Psychiatry Reports**, v. 19 (2), p.
1-11, 2017.
- BAYNE, T.; HOHWY, J.; OWEN, A. M. Are There Levels
of Consciousness?. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 20
(6), p. 405-413, 2016.
- BERNAT, J. L. Chronic disorders of consciousness. **Lancet**,
v. 367 (9517), p. 1181-1192, 2006.

BRAINE, Mary E.; COOK, Neal. The Glasgow Coma Scale and evidence-informed practice: a critical review of where we are and where we need to be. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26 (1-2), p. 280-293, 2017.

CARNEIRO, António Vaz; ANTUNES, João Lobo; FREITAS, António Falcão de. **Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente**. Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida, 2005.

CHENIAUX, Elie. Psicopatologia descritiva: Existe uma linguagem comum? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27 (2), p. 157-162, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEPRINCE, A. P.; FREYD, J. J. Trauma-induced dissociation. In: FRIEDMAN, Matthew J.; KEANE, Terence M.; RESICK, Patricia A. **Handbook of PTSD: Science and practice**. Nova York: Guilford Press, 2007.

DODGE, Raquel E. Ferreira. Eutanásia: Aspectos Jurídicos. **Bioética**, v. 7 (1), p. 113-120, 1999.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: Aborto, Eutanásia e Liberdades Individuais**. Col. Justiça e Direito. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EPICURO. Carta a Meneceu. Tradução de Murcho, D. **Crítica**, 2008. Disponível em: <<http://criticanarede.com/meneceu.html>>. Acesso em: 01 jun 2017.

FENWICK, Peter. As experiências de quase morte (EQM) podem contribuir para o debate sobre a consciência? **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 40 (5), p. 203-207, 2013.

GIACINO, J. T. The minimally conscious state: Defining the borders of consciousness. **Progress in Brain Research**, v. 150, p. 381-395, 2005.

GOMES, Táuria Oliveira. A Ética de Epicuro: um Estudo da Carta a “Meneceu”. **Metanóia**, v. 5, pp. 147-162, 2003.

GREYSON, Bruce. Experiências de quase-morte: implicações clínicas. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, p. 116-125, 2007.

HUMPHRY, Derek. **A solução final**: Justificativa e defesa da eutanásia. São Paulo: Civilização Brasileira, 1994.

HOWARD, Robin S. Coma and Stupor. In: AMINOFF, Michael J.; BOLLER, Francois; SWAAB, Dick F. **Handbook of Clinical Neurology**, v. 90, p. 57-78, 2008.

INOUYE, Sharon K. Delirium in Older Persons. **The New England Journal of Medicine**, v. 354 (11), p. 1157-1165, 2006.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e Outros Escritos**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KELLY, Edward; KELLY, Emily Williams. **Irreducible mind**: toward a psychology for the 21st century. Lanham: Rowman & Littlefield, 2010.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a Morte**: Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LAUREYS, S.; OWEN, A. M.; SCHIFF, N. D. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. **Lancet Neurology**, v. 3 (9), p. 537-546, 2004.

LÔBO, Rômulo R. et al. Delirium. **Medicina**, v. 43 (3), p. 249-257, 2010.

LÜDERS, Hans; LESSER, Ronald P. **Epilepsy: Electroclinical Syndromes**. [s.l.] Springer London, 1987.

MARTIN, Leonard M. **A ética médica diante do paciente terminal**: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário, 1993.

MENDES, Plínio Duarte et al. Distúrbios da consciência humana - parte 2 de 3: A abordagem dos enfermos em coma. **Revista Neurociências**, v. 20 (4), p. 576-583, 2012.

MENDES, Plínio Duarte et al. Distúrbios da consciência humana - Parte 3 de 3: Intermezzo entre coma e vigília. **Revista Neurociências**, v. 21 (1), p. 102-107, 2013.

NEGRO JUNIOR, Paulo Jacomo; PALLADINO-NEGRO, Paula; LOUZÃ, Mario Rodrigues. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21 (4), p. 239-248, 1999.

NOAL, Fernando Oliveira. As trocas simbólicas e o tempo do desaparecimento. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 4 (55), pp. 2-11, 2003.

PERRI, Carol Di. Measuring consciousness in coma and related states. **World Journal of Radiology**, v. 6 (8), p. 589, 2014.

PERRI, Carol Di et al. Functional neuroanatomy of disorders of consciousness. **Epilepsy & Behavior**, v. 30, p. 28-32, 2014.

PETERSON, Andrew et al. Risk, diagnostic error, and the clinical science of consciousness. **NeuroImage: Clinical**, v. 7, p. 588-597, 2015.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROSCOE, Lori A.; DRAGOVIC, L. J.; COHEN, Donna. Dr. Jack Kevorkian and Cases of Euthanasia in Oakland County, Michigan, 1990-1998. **The New England Journal of Medicine**, v. 343, pp. 1735-1736, 2000.

SOUZA, Taís Amara da Costa de et al. Epilepsia temporal: relato de caso. **Scientia Medica**, p. 89, 2006.

SPIEGEL, D. et al. Dissociative disorders in DSM-5. **Depression and Anxiety**, v. 28 (12), p. E17–E45, dez. 2011.

STERN, Jessica; BERGER, J. M. **ISIS: The State of Terror**. New York: Ecco, 2016.

TANCREDI, Francisco; CARNEIRO, Ernani Borges. Mecanismo criminoso nos estados crepusculares epilépticos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 2 (2), p. 154-169, 1944.

TINDALL, S. C. Level of Consciousness. In: WALKER, H. K.; HALL, W. D.; HURST, J. W. (Orgs.). **Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations**. 3 ed. Boston: Butterworths, 1990.

WACKER, Priscilla; NUNES, Paula V.; FORLENZA, Orestes V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 32 (3), p. 97-103, jun. 2005.

COLOFÃO

Formato	150 x 220mm
Tipografia	Bookman Old Style Balham
Papel	Off-set 75g/m2 Cartão Supremo 250g/m2
Impressão e Acabamento	Gráfica Gutenberg
Imagem capa	Sutterstok.com



EDITORA UNIVERSITÁRIA
TIRADENTES

A bioética surgiu da necessidade de uma nova visão moral do mundo, após as atrocidades cometidas na II Guerra Mundial e no período pós-guerra. A opinião pública ficou estarecida com experimentos que tinham como finalidade entender como o corpo humano reagia a infecções, mutação celular e hipotermia.

Mas falar de bioética não é só abordar questões de experimentação humana e animal; é relacioná-la com os avanços da ciência e tecnologia e as notáveis transformações socioculturais; é refletir sobre as implicações do progresso biotecnocientífico, suas consequências e aplicações. A bioética, de acordo com a perspectiva de Van Rensselaer Potter, é a ciência da sobrevivência humana (POTTER, 1971).

O Direito, compreendido como fenômeno social, cultural e histórico, não pode se manter à margem dos dilemas da atualidade que afetam a vida em sociedade. Assim, o biodireito encontra respaldo na categoria dos direitos humanos, na medida em que este vem elaborado em torno da necessidade de proteção e promoção daqueles valores e direitos considerados mais básicos para a vida digna dos seres humanos. Ao receber a influência das discussões iniciadas no âmbito da bioética, o biodireito vem refletindo acerca do estabelecimento de limites jurídicos às práticas biomédicas. Dá início à sua regulamentação, seja no interior dos ordenamentos jurídicos nacionais, na forma de legislações sobre temas específicos; seja no plano internacional, por meio de declarações que incorporam valores partilhados por diferentes culturas e sociedades nacionais.

A bioética já é reconhecida entre os direitos humanos internacionais, a tal ponto que, em 2005, a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) adotou por aclamação a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

 **GRUPO
TIRADENTES**



www.editoratiradentes.com.br