

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
CURSO DOUTORADO

WILDOBERTO BATISTA GURGEL

DIREITOS SOCIAIS DOS MORIBUNDOS:
controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas

São Luís
2008

WILDOBERTO BATISTA GURGEL

DIREITOS SOCIAIS DOS MORIBUNDOS:

controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Políticas Públicas da Universidade Federal do
Maranhão

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura
da Silva

Co-Orientador: Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel
Neves

São Luís

2008

Gurgel, Wildoberto Batista

Direitos sociais dos Moribundos: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas / Wildoberto Batista Gurgel. ____ São Luís, 2008.

306f.: il.

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, 2008.

1. Direitos sociais dos Moribundos – Políticas Públicas I.
Título.

CDU: 316.323.6:393

WILDOBERTO BATISTA GURGEL

DIREITOS SOCIAIS DOS MORIBUNDOS:

controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão – Área de concentração: Políticas Sociais e Avaliação de Políticas e Programas Sociais

Aprovado em 21 de maio de 2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Antônio Augusto Moura da Silva – UFMA
Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Prof.^a Ednalva Maciel Neves – UFMA
Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Maria Ozanira da Silva e Silva – UFMA
Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof. Flávio Bezerra de Farias – UFMA
Doutor em Economia pela Université Paris XIII

Prof. Erasmo Miessa Ruiz – UECE
Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

Anna Mochel, pela revisão e acompanhamento

André Leclerc, pela inspiração

Antônio Augusto, pela orientação

Bethânia Chein, pela motivação

Carlos Henriques, pelos textos sobre a história da morte

Daniele Queiroz, pelos debates e conceitos marxianos

Ednalva Neves, pela co-orientação

Elba Mochel, pelos textos da Enfermagem

Emília Prestes, pela minha maternidade intelectual

Eva Chatel, pela magia de me fazer aprender línguas estrangeiras

Flávio Farias, pelos textos, apoio e esclarecimentos conceituais

Geísa Beltrão, pelos textos sobre humanização e incentivo

Glória Aqüino, pelos debates e esclarecimentos dos conceitos jurídicos

José Augusto Gomide Mochel, pelo garimpo de algumas raridades indispensáveis

Maria Goretti, por me apresentar os cuidados paliativos

Marília Mochel, pelo apoio na tradução e na obtenção de literatura estrangeira

Márcio Kléos, pela revisão lógica dos argumentos

Ozanira da Silva e Silva, pelo apoio intelectual

RESUMO

Análise das políticas públicas voltadas para a morte e o morrer sob a tutela do Estado capitalista contemporâneo. Pretende-se investigar a ação estatal sobre as formas de morte e morrer na sociedade capitalista contemporânea com a passagem da morte sob a tutela do Estado para a morte sob a tutela do mercado na sociedade de consumo. Pressupõe-se a existência de uma relação orgânica entre as formas de morte e as formas de Estado, que pode ser demonstrada por meio da análise das políticas de assistência aos moribundos, seja no âmbito do Estado social, seja no do Estado neoliberal. Aplica-se o método hermenêutico-dialético para a investigação dessa relação, ao mesmo tempo que lança mão de outras teorias políticas mais contemporâneas. Compreende-se que a forma como as pessoas morrem nos dias de hoje é uma continuidade e uma ruptura dentro do programa de controle social sobre os corpos do capitalismo. Essa continuidade/ruptura está associada às formas de assistência aos moribundos, indo desde a assistência mais estatizada, até àquela mais mercantilizada, sob o controle direto da indústria da morte. A mediação entre uma e outra são os mecanismos de inserção social dos moribundos na sociedade de consumo, para que eles possam consumir a sua própria assistência. Conclui-se que as políticas de assistência aos moribundos, por meio da concessão de direitos sociais, levam o Estado a atender tanto aos interesses da indústria da morte, quanto aos desejos dos moribundos de não morrerem sem assistência especializada.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Controle social. Direitos sociais. Moribundos.

ABSTRACT

This is an analysis of public policies on death and dying under the control of the contemporary capitalism state. I investigate government action on the forms of death and dying with the transference of control from the state to the market place in the consumer society. I assume the existence of an organic relationship between the forms of death and types of state, which can be demonstrated by the analysis of the policies of assistance to the dying both in the social state as well as in the neoliberal state. I use the hermeneutic-dialectic method to investigate this relationship, as at the same time I use other more contemporary political theories. I understand that the way people die today is both a continuity and a rupture in the capitalist program of social control over bodies. This continuity/rupture is associated to forms of assistance to the dying, starting at the more state-controlled assistance to the the more market-oriented industry of death. The connection between one and the other are the mechanisms of social insertion of the dying in the consumer society, so that they can consume their own assistance. I conclude that the assistance policies through the concession of social rights -- lead the state to look after both the interests of the industry of death and also the will of the dying of not perishing without specialized assistance.

Keywords: Public policy; Social control; Social rights; the dying

RÉSUMÉ

L'analyse des politiques publiques sur la mort et mourir sous la tutelle de l'État capitaliste contemporain. On se propose d'enquêter l'action de l'État sur les formes de morts et mourir dans la société capitaliste contemporaine avec le passage de la mort sous la tutelle de l'État pour la mort sous la tutelle du marché dans la société de consommation. On estime l'existence d'une relation organique entre les formes de mort et les formes d'État, qui peut être démontrée au moyen de l'analyse des politiques d'assistance aux mourants, soit dans le contexte de l'État social, soit dans celui de l'État néo-libéral. On applique la méthode herméneutique-dialectique pour la recherche de cette relation, en même temps où l'on utilise d'autres théories politiques contemporaines. On comprend que la façon dont les personnes meurent actuellement est une continuité et une rupture à l'intérieur du programme de contrôle social sur les corps du capitalisme. Cette continuité/rupture est associée aux formes d'assistance aux mourants: l'assistance nationalisée jusqu'à celle payée, sous le contrôle direct de l'industrie de la mort. La médiation sont les mécanismes d'insertion sociale des mourants dans la société de consommation, pour que ceux-ci puissent consommer leur propre assistance. On conclut que les politiques d'assistance aux mourants, au moyen de la concession de droits sociaux, mènent l'État à faire attention aux intérêts de l'industrie de la mort, ainsi qu'aux désirs des mourants de ne pas mourir sans assistance spécialisée.

Mot-clès: Politiques Publiques. Contrôle social. Droits sociaux. Mourants.

Lista de Siglas

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CF-88	Constituição da República Federativa do Brasil – 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
ICU	Intensive Care Unit
Inca	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
WHO	World Health Organization [Organização Mundial de Saúde]
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Ilustrações

Fotografia 01: Terri Schiavo antes e durante estado vegetativo permanente	59
Fotografia 02: Vincent Humbert: capa do livro com sua história	61
Fotografia 03: <i>O médico</i> , de Ivo Saliger	148
Fotografia 04: Tecnologia disponível em UTI	154
Fotografia 05: Funeral do filho de Charles Lillybridge	185
Fotografia 06: Funeral americano no século XXI	187
Fotografia 07: Mercantilização da morte: caixão de Bill Gates	191
Fotografia 08: Cemitério Público de Alexandria/RN	196
Gravura 01: A boa morte nas <i>Ars moriendi</i>	82
Gravura 02: Funeral americano do século XIX	184
Quadro 01: Estimativa de gastos com saúde no Brasil	112
Quadro 02: Esquema dialético da mercadoria fúnebre	176
Tabela 01: Óbitos por Local de ocorrência segundo Região. Período: 2005	233

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A MORTE COMO QUESTÃO SOCIAL: análise do tanatopoder	26
2.1 Justificativas para a problematização da questão da morte e do morrer	32
a) Justificativas filosóficas: aprender a morrer	34
b) Justificativas profissionais: presenciando a morte hospitalar	39
2.2 A construção do método: para uma análise do controle social sobre a morte	41
a) A Biopolítica como controle social sobre a população dos moribundos	44
b) A Biopolítica como estudo do controle social sobre o tanatopoder	63
3 O SILOGISMO DA MORTE: relação orgânica entre o Estado e a morte	78
3.1 Delimitação silogística da relação Estado e morte	88
3.2 A forma Estado autoritário: a visão mecanicista da vida e da morte	91
3.3 A forma de morte no Estado social: a morte estatizada	100
3.4 A forma de morte no Estado neoliberal: a morte mercantilizada	108
3.5 A forma da morte no Estado brasileiro: morte assistida x morte desassistida	117
4 A EXPROPRIAÇÃO DA MORTE: da medicalização à mercantilização da morte	132
4.1 Medicalização da assistência aos moribundos: controle social estatal sobre a morte	135
a) A Medicina preventiva ou a medicalização da saúde	138
b) A Medicina curativa, terapêutica ou a medicalização da doença	143
c) A Medicina terminal, paliativa ou a medicalização da morte	146
4.2 Mercantilização da assistência aos moribundos: o controle social mercantil sobre a morte	175
a) O «jeito americano de morrer»: a satisfação das necessidades subjetivas	182
b) A mistanásia ou a outra face da mercantilização da morte	193
5 DIREITOS SOCIAIS DOS MORIBUNDOS: estratégias de tanatopoder	202
5.1 A dignidade do moribundo na hora da morte: herança das lutas sociais	203
5.2 A dignidade do moribundo na hora da morte: herança do controle social	213
5.3 A dignidade humana através da lógica da escolha: autonomia do sujeito	227
a) Os direitos dos moribundos nos países capitalistas centrais	240
b) Os direitos dos moribundos nos países capitalistas periféricos	253
5.4 A dignidade humana através do poder de compra: a inclusão social dos moribundos	267
6 CONCLUSÃO	277
REFERÊNCIAS	286

1 INTRODUÇÃO

Durante um *talk show* o mediador pergunta:

– Como você gostaria de morrer?

– Morrer? Essa pergunta é um pouco mórbida, você não acha? Mas, se tiver que responder, até porque parece que irei mesmo morrer um dia, gostaria que a minha morte fosse rápida e indolor.

– E você? Pensa igual a ele?

– Não. Eu prefiro morrer de uma forma um pouco diferente.

– Diferente? Pode nos dizer como?

– Claro! Gostaria de morrer de uma forma lenta, vivendo os meus últimos momentos, mesmo que para isso fosse preciso recorrer a opióides e outros medicamentos fortes para o controle da dor. Quero dar oportunidade a mim e a minha família para vivenciar esse momento, sem traumas, com tempo para deixar tudo arrumado... Sabe, existem muitas vantagens em ser um moribundo.

– Credo!!! Isso não é normal!

– Não... não é! Mas, posso lhe assegurar que há muitas vantagens em ser um moribundo. Vantagens psicológicas, sociais e até econômicas... Há muito humanismo em saber que vai morrer. Em poder morrer junto aos seus entes queridos. Hoje isso é uma raridade, foi um direito que nos foi roubado...

– Você está brincando, não é?

– Não. Não estou. Falo a verdade...

– Você não percebe que ele está tirando sarro da sua cara... como pode haver vantagens em ser um moribundo? Saber que vai morrer e quando vai morrer, sei lá, pode até ter as suas vantagens, isto se o cara não se desesperar e morrer antes da hora... [risos da platéia]. É sério... ele está dizendo que existem vantagens em ser moribundo... de já

estar morrendo. Isto é diferente de simplesmente saber que um dia vai morrer...

– Concordo. Mas, não estou brincando. Saber que vai morrer, todos aqui sabem. Qual o dia e a hora, quero acreditar que nenhum de nós tem acesso a essa informação, pois até mesmo os prognósticos mais fechados costumam dar errado... Me refiro mesmo às vantagens de ter um diagnóstico fechado, saber que restam poucas horas, dias ou meses de vida... De ter uma doença como câncer ou aids... de ser aquilo que costumamos chamar de paciente terminal ou paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, que eu prefiro chamar de moribundo... No popular: quando a pessoa está com o pé na cova.

– Qual é a vantagem que há nisso? Vamos ouvir até que ponto você tem realmente algo a dizer ou se não quer apenas chocar...

O debate continuou falando sobre as vantagens e desvantagens de ser moribundo, bem como sobre o modo como o Estado contemporâneo vem interferindo na forma como as pessoas morrem ou lidam com a morte. Oscilou-se entre os mais diversos temas, desde sobre o comércio dos rituais e produtos fúnebres a outros mais sensacionalistas como a morte de algumas pessoas famosas, afinal era um *talk show*. No entanto, o espanto do mediador permanece na mente de muitas pessoas: existe mesmo alguma vantagem em ser moribundo¹, em saber que está morrendo? Para responder a essas pessoas, resolvi esclarecer alguns pontos daquela conversa, razão pela qual decidi fazer esse doutorado.

Minha primeira busca me levou aos textos de Ikeda & Simard & Bourgeault² (2007, p.67-70), para Ikeda a tese de que existem vantagens em saber ser moribundo é bastante comum no pensamento budista. Para esses autores, a consciência dessa condição

1 Apesar dos protestos, utilizarei o termo moribundo, mais comum na sociologia e antropologia, para significar aquilo que nas *Ars moriendi* é descrito como *morituri*, que significa tanto o *morrente*, no sentido daquele que está condenado à morte por doença grave ou por sentença judicial real ou eclesiástica, bem como *jacente*, no sentido daquele que está em seu leito de morte. Prefiro assim às formas médicas contemporâneas de interdição lingüística da morte, que propõem termos tais como paciente terminal, paciente fora de possibilidade terapêutica de cura ou paciente em processo terminal, cujo conteúdo proposicional está associado à terminalidade da vida ou à impossibilidade de cura e não têm como foco a individualidade da morte, da pessoa que está a morrer.

2 Tive acesso a esses textos mesmo antes de sua publicação, uma vez que fui consultor da EDUEL para a sua publicação em português, ainda em 2006.

deveria possibilitar uma morte mais serena, uma vez que cria oportunidades para que o moribundo se prepare para morrer. O que me levou também às teses de Nakasu (2005; 2007), para o qual saber que a morte está próxima pode, sim, ser encarada como uma vantagem. Ao que completa: «(...) o paciente tem chance de recordar, reviver e ressignificar seu passado. Esses 3 ‘erres’ definem uma boa morte» (NAKASU *apud* MUTO; NARLOCH, 2005, p.53)³.

Essas leituras, por sua vez, me levaram a fazer outros questionamentos, pois, apesar de a tese de Nakasu (2007) estar voltada para a ajuda psíquica ao moribundo, será que ela não poderia ser estendida para outras dimensões? Por exemplo, não poderíamos postular, a partir do relato autobiográfico de O'Kelly (2006), a ampliação desses 3 erres para o âmbito familiar? Não é verdade que, embora o recordar, o reviver e o ressignificar sejam uma escolha e iniciativa dele, quando postos em prática, pela própria dinâmica da estratégia utilizada, passaram a ser também dos seus entes queridos? Ou seja, à medida que O'Kelly recorda, revive e ressignifica a sua vida, aqueles que fazem parte dela, a cada momento, não são convidados também a recordarem, reviverem e ressignificarem os momentos que ele selecionou? Nesses casos, não haveria uma ampliação social das vantagens psíquicas individuais do moribundo para o círculo das pessoas que são envolvidas por ele nesse processo? As minhas leituras me levavam a acreditar que sim. E, ao que me parece, foi isto o que quis dizer Kübler-Ross (2005, p.275-282) quando escreveu que os profissionais de saúde são modificados pelos moribundos.

É bem verdade que as vantagens psíquicas são aquelas que mais encontramos nas narrativas sobre a morte e o morrer, tanto no Ocidente quanto no Oriente, e sobre a qual têm

3 A forma da morte de Roland, tal como apareceu na análise que Ariès (2003, p.32) fez, pode ser um exemplo disto. Roland pôde, de acordo com essa teoria de Nakasu (2005): a) Recordar seu passado, que Ariès (2003, p. 32) apresentou como um «lamento da vida, uma evocação, triste mas muito discreta, dos seres e das coisas amadas, uma súplica reduzida a algumas imagens»; b) Reviver sua vida, quando pôde corrigir o que fez de errado, por meio do pedido de perdão aos companheiros e assistentes, ou nas palavras de Ariès (2003, p.32): «Após o lamento da nostalgia da vida, vem o perdão dos companheiros, dos assistentes, sempre numerosos, que rodeiam o leito do moribundo»; e, voltando a Nakasu, c) Ressignificar sua existência, que para Ariès (2003, p. 33) é o mesmo que redefinir seus valores em uma lógica que opõe os valores mundanos aos valores divinos, tendo a oportunidade de confessar a sua culpa e encomendar sua alma [*commedatio animae*], como um tempo para «(...) esquecer o mundo e de pensar em Deus».

se debruçado a maioria dos tanatólogos⁴. Mas, não é a única. Na novela⁵ de Örkény (1993), encontrei outras, pouco teorizadas, dentre as quais aquelas que associam terminalidade ao comércio. Ele mostrou como a presença de um moribundo em casa, ou mesmo ser esse moribundo, pode assumir valor de troca, na qualidade de ser uma mercadoria capitalista, mediada inclusive pelo dinheiro vivo. Afinal, nem todos os moribundos têm o poder aquisitivo de O'Kelly, Roland, Rei Arthur ou da maioria dos personagens que ilustram as narrativas desse tipo de vantagem⁶.

O que Örkény (1993) está querendo nos dizer? Que as pessoas são capazes de fazer comércio com qualquer coisa? Que tudo pode virar mercadoria? Que a privacidade, a dor e a agonia são relativizados diante da possibilidade de lucrar com isto? Também isto, imagino. Mas, talvez também queira dizer que os moribundos não são pessoas diferentes do que sempre foram em vida, inclusive do ponto de vista econômico. Não é uma a pessoa que vive e outra a que morre. Pois, se a certeza e a proximidade da morte podem despertar nelas algumas mudanças comportamentais, isto não muda o que elas sempre foram do ponto de vista social e econômico. O rico irá morrer como rico, o pobre como pobre.

Estaria ele propondo que as pessoas, se pudessem, seriam capazes de negociar com a própria terminalidade? Que a morte e o morrer, e porque não o enlutamento, têm o seu preço? Que esse preço poderia assumir a forma de uma boa ação ou de ajuda à humanidade para possibilitar a compreensão do processo morte e morrer... mas que seria um preço, pago

4 De acordo com a concepção dada por Feifel (1959) a Tanatologia [*Thanatology*] designa tanto uma área do saber, o estudo da morte, quanto uma área de atuação profissional, aquela que lida com as situações de morte e enlutamento.

5 Em fevereiro desse ano entrou no ar, no Eurochannel, sob clara inspiração dessa novela, o *reality show*, em quatro episódios, intitulado *Minhas últimas palavras*, que mostra os últimos dias e as principais preocupações de moribundos oncológicos. O primeiro episódio trouxe ao ar a vida de Jan van Driel, cuja última preocupação foi a de preparar o seu enterro. Os demais exibirão os casos de uma jovem que se despede dos amigos com uma festa, de uma idosa que acaba internada no mesmo *hospice* em que atuou como enfermeira e de uma senhora que recebe a unção dos enfermos em frente às câmaras. Em cada um dos episódios foi gravada uma mensagem pelo moribundo para a sua família e amigos, cujo acesso só se deu seis meses após sua morte.

6 Justamente por isto, pelo fato de ter priorizado as vantagens em torno dos moribundos, especialmente na qualidade de direitos sociais, não significa que negue ou desconheça também a existência de desvantagens, psíquicas ou não. Quis acentuar as vantagens porque são justamente essas que mais têm causado espanto, uma vez que são também mais ignoradas.

em dinheiro, como qualquer outra mercadoria capitalista⁷? Talvez estejamos certos se dissermos que sim, afinal não são apenas questões psíquicas que têm incomodado os moribundos, existem também questões materiais⁸ que os afligem na hora da morte. E são essas, de acordo com a *Education for Physician on End of Life Care* (1990), que tornam a morte muito mais difícil, visto que moribundos e familiares têm as suas perdas econômicas ampliadas, bem como a sensação de que o sofrimento é muito maior, contribuindo para reduzir a sua qualidade de vida.

Nesse sentido, precisava somar às questões anteriores, mais psíquicas, essas que dizem respeito direto às preocupações materiais que estão presentes na condição específica de ser moribundo. Pois, embora as questões psíquicas sejam importantes e não as deixe de considerar⁹, não pretendo fazer uma descrição dessas dificuldades. Minha razão para isto é simples: ao me deparar com a questão da existência de vantagens em ser (ou saber ser) moribundo, primeiro fui apresentado à existência de vantagens psíquicas, em seguida, à existência de vantagens materiais que têm supracumido as anteriores. Ou seja, ser (ou saber ser) moribundo implica, na sociedade contemporânea, em ter direitos, que, por sua vez, significa ter satisfeitas certas necessidades reforçadas pelo capitalismo.

Isto me conduziu à questão: até que ponto a produção dessas vantagens não é uma forma de controle social sobre os corpos¹⁰? Até que ponto ela não é uma estratégia de

7 No início da novela há uma carta assinada pelo personagem Iron Korom em que se lê: «Gostaria muito de poder romper esse círculo vicioso através da exibição, na televisão, das horas finais de três pacientes desenganados. Eu havia, inclusive, encorajado três pessoas que se apresentaram como voluntários para o papel, como convém, diga-se de passagem, aos indivíduos esclarecidos. Devo sublinhar: voluntários, mas o serviço deles não seria gratuito. Todos os três desejavam deixar para os seus sobreviventes um auxílio material» (ÖRKÉNY, 1993, p.14)

8 Chamo de questões materiais os incômodos gerados com os dispêndios para o cuidado com a qualidade de vida nessa fase, as alterações de rotina e de estilo de vida dos envolvidos, as obrigações fúnebres e as burocracias que devem ser atendidas no tocante à retirada e preenchimento de documentos, entre outras.

9 Não por si mesma, mas por outra razão, a de procurar saber em que sentido essas questões estão sendo administradas no âmbito das políticas públicas.

10 A noção de corpo forjada sob o espírito do capitalismo industrial e que passarei a usar aqui, está associada à própria noção de força de trabalho: o corpo é compreendido como uma máquina que precisa ser racionalizada para gerar rentabilidade. Disse Foucault (1975, p.3): «Para que um certo liberalismo burguês tenha sido possível no nível das instituições, foi preciso, no nível do que eu chamo de micro-poderes, um investimento muito forte dos indivíduos, foi preciso organizar o esquadramento dos corpos e dos comportamentos».

segmentos dentro da sociedade capitalista para manter o governo sobre os indivíduos e sobre a população? Seria também mais uma das tentativas de o Estado intervir sobre as formas como as pessoas morrem¹¹? O morrer seria tratado, nos dias de hoje, como objeto das relações de poder? E sendo objeto dessas relações, poderíamos falar com certa segurança acerca de uma indústria da morte¹² na qual a forma como as pessoas morrem estaria inserida e da qual dificilmente poderia se libertar? Haveria uma forma de morte que corresponderia a cada forma de Estado no contexto do capitalismo? Se sim, qual seria essa forma e como ela estaria articulada com o Estado?

Essas questões, tais como foram formuladas são a própria construção de um objeto de investigação e de um campo do saber. O objeto é o controle social estatal sobre a forma como as pessoas morrem na sociedade capitalista. O campo do saber é o da análise das ações do Estado na forma de políticas públicas, que significam, na acepção de Dye (1992, p.1-18), tanto a sua ação quanto a sua omissão, tanto a assunção da morte sob a sua tutela (a morte estatizada) quanto a sua transferência para a iniciativa privada (a morte privatizada).

Para respondê-las, faço uma «abstração racional»¹³ desse tema e o investigo na forma concreta que esse controle tem tomado como ação estatal sobre os moribundos, no movimento que vai da medicalização à mercantilização da morte. Movimento esse aprofundado através da análise da concessão dos direitos sociais, dispensados aos moribundos

11 Não examino aqui todas as formas de morte na sociedade capitalista contemporânea. Ao contrário, faço uma abstração da morte, considerando somente a morte dos seres humanos que se encontram sob a tutela daquilo que Illich (1975) chamou de «empresa médica» [*medical establishment*], seja ela estatizada ou não, que caem sob o conceito de políticas públicas de assistência os moribundos.

12 O conceito de indústria da morte, tal como aparece em Saramago (2005) e como será usado aqui, compreende tanto a empresa médica (hospitais, *hospices*, unidades de terapia intensiva, *home care*, unidades de cuidados paliativos) que cuida diretamente dos moribundos, quanto a empresa eclesiástica, a empresa funerária, os profissionais liberais que lidam diretamente com a morte ou o enlutamento (tanatopráticos, psicólogos, psiquiatras, coveiros etc), as instituições de comércio de assistência social (seguradoras, planos de saúde, planos de assistência mortuária etc), e também, as instituições políticas que dependem da disciplina e do controle social sobre a morte para se afirmarem, incluindo o próprio Estado. Saramago (2005) ainda chama a atenção para os serviços paralelos, legais ou não, que podem lucrar com o fortalecimento dessa indústria, tais como a mídia (que lucra com a exposição sensacionalista da morte) ou a máfia (que lucra com o tráfico de corpos, ao qual acrescento o de órgãos).

13 Usarei abstração racional no sentido marxista da palavra. Mais adiante esclareço o seu significado.

como uma estratégia de inserção social destes na sociedade de consumo. Sendo assim, sou conduzido ao encontro daquilo que Marshal (1967) chamou de direitos sociais e neles com o que vou chamar aqui, inspirado nas publicações de Basaglia (1971), Duda (1987), Humbert (2003) e Möller (2007), de direitos sociais dos moribundos, cujo sentido será dado oportunamente.

Por essa via, percebe-se que não é de hoje que se fala do interesse que o Estado tem sobre as formas de morte. Diversos autores já construíram essa relação.

Por exemplo, Ariès (2003) estabeleceu uma relação entre a «morte interdita» e a sociedade industrial, mediada pelo que se conhece nas palavras de Mitford (1998) como «jeito americano de morrer» [*the American way of death*]. Ou, nas palavras de Gorer (1995), como «pornografia da morte» [*pornography of death*]. Ou ainda, conforme Saramago (2005), como «indústria da morte». Örkény (1993) e Elias (2001) ampliaram essa relação para a condição social, as crenças e o tipo de vida levada pelo moribundo. Ao que Illich (1975) e Foucault (2006d) já se antecipavam quando propuseram a associação entre a morte e as formas de dominação mercantil capitalista mediada pelo controle sobre os corpos. O mesmo raciocínio também foi apresentado por Castro (1965), com o acréscimo de ter destacado a importância das lutas sociais para a definição das formas de morte. Argumento este que autores como Reis (1991) e Maranhão (1999) aplicaram a outras situações singulares: a origem sindical no Brasil e a Cemiterada na Bahia, respectivamente.

Mais recentemente, Kovács (1992; 2003), Menezes (2004), Romero (2002) e Esslinger (2004) vêm discutindo a questão da dignidade humana dos moribundos dentro das práticas assistenciais de saúde. De certo modo, essas autoras vêm testando na realidade brasileira as teses de Ariès (2003), Kübler-Ross (2005) e Foucault (2006d) demonstrando a importância de fazermos a nossa própria reflexão sobre a forma como morremos, nos países capitalistas periféricos.

Na busca pela compreensão do significado da «boa morte», tal como Menezes (2004), Neves (2004) relativizou esse conceito e procurou estabelecer uma variedade de

sentidos associados ao lugar social e geográfico do moribundo. Já Ruiz & Teixeira (2006) fazem uma leitura mais economicista desses sentidos e falam, tal como Illich (1975), em «mercantilização da morte» cujo sentido é o de que os produtos e ritos fúnebres são subsumidos à lógica do comércio.

Apesar de todos esses estudos, a relação entre as políticas públicas e as vantagens sociais, na sua forma positivada, de ser moribundo, salvo engano, é uma lacuna nessa área. Não há estudos que considerem, concomitantemente, o papel que ocupam as políticas públicas de corte social voltadas para a assistência aos moribundos, as formas de morte preconizadas e aceitas pela sociedade capitalista e as positavações jurídicas na forma de direitos sociais dessa assistência. Essa tríade ainda precisa ser construída.

É o que me pus a fazer. Faltava-me, no entanto, saber qual suporte metodológico poderia me ajudar com essa investigação. E, quando passei a procurá-lo, percebi que ele estivera comigo, o tempo todo, no modo como formulava cada questão, como me aproximava de cada texto, como via cada documentário, como conversava com as pessoas... Um método que não poderia ser diferente daquilo que eu sempre fora: filósofo. Nem daquilo que a pesquisa mesma se propunha: uma análise das políticas públicas voltadas para a assistência social aos moribundos.

Para tanto, tomei como ponto de partida que não deveria ter nenhum preconceito metodológico, contrariando a orientação do apriorismo metodológico plato-cartesiano¹⁴ para a qual o método deve anteceder a pesquisa. Que seria um erro não ter um método definido *a priori*, tal como aparece em Mora (1986, p.2217), para quem a pesquisa científica só existe

14 O apriorismo metodológico se identifica com o jeito moderno de fazer ciência, quando consegue impor a postura de que os resultados, mesmo certos, podem ser questionados devido à carência metodológica ou a faltas graves ocorridas durante o processo. Descartes (2000, p.33) ilustra essa postura com o exemplo da criança que sabia aritmética, cujo resultado só poderia ser considerado correto se ela o acertasse de acordo com as regras da aritmética, cuja ciência ela deveria ter. O mesmo já tinha aparecido em Platão (1975, 98b-99a), por ocasião do diálogo *Menon*, quando diz que não basta ter dito o verdadeiro, é necessário que saiba tê-lo dito. O que parece ser uma máxima comum da metodologia moderna, pois até mesmo Nietzsche (2006, p.14, §2) acredita que «(...) Esse é o único modo de pensar digno de um filósofo. Não temos o direito, por qualquer motivo, a viver isolados. Não nos é permitido enganar-nos nem encontrar a verdade por acaso». Trata-se da tese de que o conhecimento é mais importante do que ter opiniões verdadeiras.

quando «(...) se dispõe de, ou se segue, certo 'caminho', *hódos*, para alcançar um determinado fim, proposto de antemão». Que *met'hódos* é o caminho direcionado, planejado, diferente do caminho incerto, do errante. Pressuposto esse que autores como Turato (2003, p.153) tomam como definitivos, anunciando o fim da discussão metodológica.

Em razão dessa minha aventura articulei definições teóricas e metodológicas associadas tanto à análise das formas de «controle social sobre os corpos», quanto da análise das políticas públicas sob a tutela do «intervencionismo estatal», quando da análise das «estruturas econômicas da sociedade capitalista». Mas, antes de tudo, adotei a postura de que o método não pode ser anterior, nem lógica nem cronologicamente, ao próprio processo investigatório. Ele é inerente à própria pesquisa, porque um e outro são o mesmo.

Ao lado disto, tomei como dado que essa análise não poderia ser dissociada do seu contexto historicamente determinado, para não repetir alguns erros de outros filósofos e fazer uma metafísica da morte, mas falar de algo mais próximo à vida das pessoas. Como esse contexto é marcado político, social e economicamente pelo conflito ideológico entre os modelos de produção fordista e neoliberal, o método não poderia ignorá-lo. Em função disto, a abordagem metodológica que aqui proponho, requisitou algumas das categorias mais clássicas¹⁵ para a análise das relações de poder sobre as formas da morte dos indivíduos com as novas formas de controle social sobre os corpos dos moribundos, o que me levou novamente ao modelo explicativo que tenho chamado de silogismo da morte (GURGEL, 2006a).

Tanto quanto naquele texto, o silogismo foi construído tomando por base a lógica dialética, como estratégia para dar conta da relação orgânica entre o Estado e a morte. Para isto segui as leis da dialética, tais quais foram reelaboradas pelo marxismo: a lei da interação universal, a lei do movimento universal, a lei dos contrários, a lei dos saltos e a lei da suprassunção. Contudo, a função silogística precisava ser preenchida por uma teoria (ou um

15 As categorias mais evocadas foram originadas das construções teóricas de Marx, Foucault, Illich, Pessini e Singer, dentre outros.

conjunto de teorias) que desse conta, mais de perto, das micro-relações nas quais a forma da morte pudesse ser melhor explicitada. Essa teoria (ou conjunto de teorias) deveria estar articulada com o fenômeno na sua contemporaneidade, o que me levou ao encontro das pesquisas mais recentes em Tanatologia, que bem ou mal me remetiam sempre a autores clássicos como Ariès, Elias, Illich, Foucault, Ziegler, Kübler-Ross, entre outros.

Para seguir adiante, elaborei, em conjunto com meus orientadores, um plano de investigação para guiar-me de forma clara na pesquisa, contendo, não só a idéia principal e suas auxiliares, mas também, as categorias norteadoras do discurso: medicalização e mercantilização da morte. Essas categorias deveriam satisfazer tanto as exigências políticas – significar as formas de morte como uma questão política – quanto as exigências sociais – significar as formas de morte como uma questão social – e econômicas – significar as formas de morte como uma mercadoria capitalista desenvolvida. Para tanto, foram traçados cinco pontos¹⁶ a serem fixados:

a) *o sistema das diferenciações*: investigou-se quais as «diferenças artificiais» que têm permitido que médicos, juristas, políticos, familiares exerçam poder uns sobre os outros e sobre os moribundos. As «diferenças artificiais» enumeradas foram: diferença jurídica de estatuto e de privilégios, diferença econômica na apropriação da riqueza, diferença de lugar no processo produtivo, diferença cultural, diferença de nacionalidade, diferença do lugar onde é assistido. Essas diferenças apareceram tanto como condição de emergência das relações de poder, o que significaria o controle sobre os corpos dos moribundos; quanto no seu efeito, o assujeitamento;

b) *o objetivo das ações de poder*: investigou-se quais os objetivos das ações de uns sobre os outros: o que se pretende com a elaboração das políticas? Qual o significado político da formulação de direitos sociais aos moribundos? Qual o interesse do judiciário na concessão de benefícios e medicamentos excepcionais? Qual o interesse da empresa médica e da

¹⁶ Os pontos não foram traçados arbitrariamente, mas seguiram a orientação dada por Revel (2005, p.67-68) para esse tipo de estudo.

indústria farmacêutica? Deixou-se de fora, propositadamente, quais os interesses daqueles que se assujeitam ou das instituições não-governamentais;

c) *as modalidades instrumentais de poder*: investigou-se quais os instrumentos usados para controle sobre os moribundos: o discurso oficial, as disparidades econômicas, os mecanismos de controle, os sistemas de vigilância, as cartilhas e os documentos legais;

d) *as formas de institucionalização do poder*: investigou-se quais as formas que o Estado tem encontrado para controlar os moribundos: estruturas jurídicas e hospitalares, construção de um *habitus mortis*, reforço de certos comportamentos, lugares específicos que possuem regulamento e hierarquia próprios, sistemas complexos como o próprio Estado e o mercado; e,

e) *o grau de racionalização*: investigou-se o sucesso ou o fracasso das estratégias das Biopolíticas no controle social estatal sobre o tanatopoder: eficácia dos instrumentos para a produção do assujeitamento, custo econômico e político, qualidade da operação e valor atribuído ao sistema.

A realidade sobre a qual essas categorias foram aplicadas exigiu a coleta de informações sobre o consumo de cuidados médicos e de produtos farmacêuticos na sociedade capitalista cristã contemporânea, das atitudes das pessoas e instituições com relação à morte e ao morrer, com relação aos hospitais e cuidados domiciliares. Em termos metodológicos, isto significou determinar e apreender as memórias locais, descontínuas e não legitimadas, e os discursos oficiais que estabelecem a própria essência, no sentido heideggeriano (1977, p.11), das políticas de assistência aos moribundos. Ou seja, quais os operadores materiais do poder, suas técnicas, estratégias e formas de assujeitamento utilizadas pelo tanatopoder para o controle social sobre os moribundos.

Os discursos oficiais foram encontrados nos documentos sobre as políticas de assistência aos moribundos, leis, resoluções e protocolos assinados por governos e entidades representativas, bem como cartas de intenções e declarações internacionais. Já as memórias locais foram colhidas nos textos jornalísticos, folhetins, *sites* da internet e nas manifestações artísticas e culturais. Ainda fiz algumas observações *in loco* no Hospital do Servidor do Estado, em São Paulo, e no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís¹⁷.

Ambos os casos compreendem o rol dos autores sobre os quais essa genealogia foi construída. Tais autores não foram lidos aqui sob a perspectiva da subjetividade artística, mas naquele sentido de autor dado por Foucault (1969) como um fluxo de fala que é ao mesmo tempo historicamente determinado e não-individualizado. Ou seja, o autor como «uma voz sem nome», como disse Foucault (2006c, p.5), que é anterior ao próprio discurso, porque é uma «fala em nome de um grupo», uma fala que representa os interesses ou a ideologia desse grupo ou classe.

As informações coletadas foram organizadas segundo as categorias em torno das quais a questão se organizava: medicalização e mercantilização da morte. Em cada categoria apareceram subcategorias dialeticamente articuladas: desigualdades sociais, necessidades sociais, lutas sociais, ação do Estado, dignidade humana, consumo coletivo etc. Por último, foram confeccionadas versões diferentes de textos, organizadas em capítulos, segundo a lógica de exposição do mais amplo ao mais específico. Nem todas as versões agradaram, até chegarmos a esta, que apesar de incompleta, pode ser dada por terminada. Não temos aqui a pretensão de dizer: eis a verdade sobre a relação entre o Estado capitalista e a morte, a forma como ele controla o morrer na sociedade contemporânea. Acreditamos que muitas outras falas

17 Essa escolha deveu-se ao acesso que tive aos locais. No primeiro, porque fiz estágio extra-curricular na ala de cuidados paliativos, supervisionado pela Dr.^a Maria Goretti Maciel. Ao que se deve somar como critério de escolha a sua importância histórica, visto ser uma das primeiras unidades hospitalares do país a ter assistência de cuidados paliativos completa: enfermagem e cuidados domiciliares. No segundo, porque trabalhei como coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa, o que me permitiu acesso aos serviços de UTIs e de visita pós-óbito.

podem ser construídas, bem como que o material que foi reunido para essa pesquisa não foi totalmente aproveitado. A nossa pretensão é apenas uma: construir uma tese que possa ser um convite à maturação de uma idéia, a saber, como garantir, dentro das políticas públicas, a dignidade humana na hora da morte.

O plano de apresentação da obra considerou o processo que vai da medicalização à mercantilização da morte e como isto acontece em um caso singular. Se a motivação inicial foi a concessão de benefícios materiais aos moribundos, indo do mais concreto ao mais abstrato, o plano de exposição inverteu essa ordem, andando em círculos demonstrativos abstratos para só por fim falar dessa realidade singular, concreta.

Em função disto, o primeiro capítulo trata da morte como questão sócio-política, no qual apresento os fundamentos metodológicos para se fazer uma análise das políticas públicas voltadas para o controle sobre as formas como as pessoas morrem. Nele, não apresento somente as minhas justificativas para investigá-las, mas, igualmente, em que sentido elas podem ser problematizadas. As justificativas foram agrupadas em dois tópicos: justificativas filosóficas, que giram em torno da minha aproximação filosófica com a questão da morte, especialmente na diferenciação entre se preparar para a morte e aprender a morrer; e as justificativas profissionais, que giram em torno da minha experiência no Hospital Universitário, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Liga Acadêmica de Tanatologia. Por fim, apresento a questão do método, na leitura que faço da Biopolítica, seja como controle social sobre o «somato-poder» - do poder sobre o corpo – seja como o estudo desse controle.

No segundo capítulo apresento aquilo que é o cerne teórico desse trabalho: a relação orgânica entre o Estado e a morte. Digo cerne, porque entendo que a Tanatologia crítica¹⁸ existe em função da explicação dessa relação, e, a análise dos direitos sociais dos

18 Considero os estudos tanatológicos divididos em três partes: 1) Tanatologia *aplicada*, subdividida em a) Tanatologia *clínica*, cuja preocupação teórico-metodológica é a assistência e a intervenção clínica nas situações de morte e sobrevivência ao moribundo, ao profissional de saúde e à família ou enlutado, sobretudo no ambiente da clínica (consultório e ambulatório); b) Tanatologia *hospitalar*, cuja preocupação teórico-metodológico é a assistência tanatológica, nos mesmos moldes da clínica, mas desenvolvida em ambiente hospitalar, o que acrescenta as situações de catástrofe e cuidados paliativos; e, c) Tanatologia *domiciliar*, porque prestada no âmbito da assistência domiciliar; 2) Tanatologia *descritiva* ou Tanatologia *crítica*, cuja preocupação teórico-

moribundos é apenas uma ilustração dessa relação. É nesse capítulo, por meio da construção do silogismo da morte que apresento como o processo de expropriação da morte tem acontecido nas sociedades capitalistas contemporâneas. Processo esse que começa com a medicalização da morte e do morrer, sob a tutela do Estado autoritário, e culmina com a mercantilização da morte, como consequência estratégica da sociedade de consumo.

O presente silogismo tem como proposição universal a relação entre forma morte e forma Estado, sendo que à forma morte, no nível essencial, corresponde a morte mecânica, e, à forma Estado, o Estado autoritário. A proposição particular, por sua vez, é significada pela relação entre a forma de morte e a forma de Estado, cujas mediações concretas são a morte estatizada e a morte mercantilizada para o Estado social e o Estado neoliberal, respectivamente. Enfim, a proposição singular é a forma do Estado brasileiro contemporâneo, cujas formas de morte (morte estatizada e morte mercantilizada) estão em disputas, o que faz da nossa conjuntura uma realidade privilegiada para o estudo dessa relação. Pois, se por um lado temos traços que indicam a presença de um Estado social, temos igualmente traços de um Estado neoliberal, em aberta disputa pelo controle dos modelos de assistência: estatizada ou transferida para a iniciativa privada.

A investigação iniciada desde o primeiro capítulo sobre o processo dialético de expropriação da morte é aprofundado no quarto capítulo. Dividido em dois momentos, por mera formalidade categórica e apreensão conceitual, esse processo é investigado sob o prisma da medicalização e da mercantilização da morte. O primeiro me remeteu ao estudo das formas simbólicas da própria construção do saber médico como controle social sobre os corpos, conduzindo-me à divisão baconiana da Medicina em preventiva, curativa e terminal. Essa última, por estar associada mais diretamente ao objeto de estudo, foi aprofundada, considerando dois modelos em disputa: a Medicina terminal e os cuidados paliativos. O segundo momento, a mercantilização propriamente dita, remeteu-me ao «jeito americano de

metodológica está voltada para a construção de análises sócio-político-econômicas do fenômeno da morte e do morrer; e, 3) *Tanatologia analítica* ou *meta-Tanatologia*, cuja preocupação teórico-metodológica está no estatuto epistemológico da Tanatologia, seja como área de saber, seja como atuação profissional.

morrer», como a face visível dessa mercantilização, e à mistanásia, como a sua face oculta.

O último capítulo, dedicado à análise dos direitos sociais dos moribundos, não é somente a síntese dos anteriores, mas a abertura a uma nova tese, como prevê o movimento dialético. Aqui, tais direitos são compreendidos como estratégias da Biopolítica, seja porque possibilitam controle social sobre os moribundos, seja porque decorrem de algumas conquistas sociais em favor da defesa da dignidade humana na hora da morte. E, por falar em dignidade humana na hora da morte, nesse capítulo apresento como o capitalismo tem transformado esse conceito para manter a sua sede por lucro, seja nos países capitalistas centrais ou nos periféricos. O que pode significar que as novas demandas do capitalismo financeiro estão por trás da enxurrada de políticas sociais em favor da criação de consumidores e da abertura de novos mercados, inclusive o mercado de produtos mórbidos.

A última análise, totalmente ilustrativa, sem nenhum elemento novo, é sobre como esses direitos funcionam na prática. Selecionei os direitos relacionados aos pacientes oncológicos, dada à clareza jurídica com a qual foram elaborados e ao poder de organização que estes têm na sociedade brasileira. A intenção última é mostrar como tais direitos são portadores de inúmeras contradições, indo tanto ao encontro da satisfação das necessidades do sistema quanto da dos indivíduos. Uma aporia capitalista de ser ao mesmo tempo uma expropriação da morte e uma defesa da dignidade humana dos moribundos.

2 A MORTE COMO QUESTÃO SOCIAL: análise do tanatopoder

Uma investigação, qualquer que seja, demanda delimitações, visto que a nossa capacidade cognitiva é limitada. Ou, como disse Vanderveken (2005, p.17), que não podemos fazer senão um número finito de referências e predicacões. Toda delimitação exige escolhas. E, escolher é estreitar o nosso repertório, deixar de seguir algumas vias e optar por outras. O que se convencionou chamar de «abstração racional». Que, em termos marxistas, trata-se daquela ação investigatória que realça os elementos comuns, destacados por comparação e que se desdobram em múltiplas determinações dialeticamente articuladas.

A «abstração racional» faz parte da dialética como uma etapa metodológica que consiste em descobrir as contradições inerentes ao próprio fenômeno que se investiga. Não como uma apologia da contradição, mas como uma lei da natureza e da vida. Por isto, para Marx (2001a, p.3-4), fazer uma «abstração racional» não é fazer um simples isolamento de um dado da realidade, mas, antes de tudo, fazer o seu aprofundamento, capturar a sua natureza. Ela aguça as diferenças para captar através do diverso aquilo que é o essencial, o concreto:

A produção em geral é uma abstração, mas uma abstração que possui um sentido, na medida em que realça os elementos comuns, os fixa e assim nos poupa repetições. Contudo, esses caracteres gerais ou esses elementos comuns, destacados por comparação, articulam-se de maneira muito diversa e desdobram-se em determinações distintas. Alguns desses caracteres pertencem a todas as épocas; outros, apenas a algumas. Certas determinações serão comuns às épocas mais recentes e mais antigas. São determinações sem as quais não se poderia conceber nenhuma espécie de produção. Certas leis regem tanto as línguas mais desenvolvidas como outras mais atrasadas; no entanto, o que constitui a sua evolução são precisamente os elementos não gerais e não comuns que possuem. Indispensável fazer ressaltar claramente as características comuns a toda a produção em geral, e isto porque, uma vez que são sempre idênticos o sujeito (a humanidade) e o objeto (a natureza), correríamos o risco de esquecer as diferenças essenciais.

No meu caso, o abstraído decorre da pressuposição de que existe uma relação orgânica entre as formas de Estado e as formas de morte nas sociedades capitalistas

contemporâneas. Pressuposição de que as pessoas morrem de tal ou qual forma, sob tais ou quais condições, porque existe uma conspiração para que elas morram assim, e não de nenhum outro modo. Ou seja, as mortes individuais são subsumidas sob determinada forma de morte que é preconizada por uma forma de Estado, mediada por uma forma de assistência aos moribundos, associada, por sua vez, aos interesses do capitalismo por meio da indústria da morte.

No atual contexto de dominação sobre os corpos, isto significa dizer que a forma como as pessoas morrem permanece diretamente subsumida às formas de disciplina¹⁹ que a indústria da morte vem conseguindo estabelecer. Seja por meio da influência sobre os Estados para a implementação de políticas expropriadoras da morte, seja por meio do reforço das necessidades que os moribundos têm por assistência na hora da morte. Em ambos os casos, trata-se da dominação capitalista sobre o homem, reduzindo-o em suas complexidades, principalmente à condição mecânica. O que é bastante coerente com a tese de Boltanski (1979, p.116), para quem o corpo se tornou, desde o final do século XIX, objeto de controle social e, portanto, desmistificado para ser compreendido como máquina:

Esses diferentes tipos de demanda social definem eles próprios as formas e categorias de apreensão do corpo de outrem: porque as taxinomias e categorias de percepção do corpo constituídas e utilizadas pelos membros dessas disciplinas são engendradas por sua prática específica e pela situação em que ela se exerce, enfim, porque elas se fundamentam na necessidade prática de dominar o corpo em situação, ou seja, muitas vezes (e principalmente na relação médico-paciente) de dominar a situação, as problemáticas particulares a cada uma dessas disciplinas – (que em geral não existem senão em estado implícito ou semi-sistemático), tendem a reduzir o corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou de suas dimensões – máquina térmica para o nutricionista, sistema de alavancas para o analista de movimentos, emissor involuntário de sintomas ou de sinais para o médico ou o psiquiatra, etc.

No entanto, a visão mecanicista da assistência não é a única nem a principal condição para essa redução expropriadora das necessidades dos moribundos e o seu

19 Por disciplina se entende aqui o sentido dado por Foucault (1981, nota 26) de que existem técnicas de coerção, ou técnicas de individualização do poder, tais como «(...) vigiar alguém, controlar sua conduta, seu comportamento, suas atitudes, como intensificar sua performance, multiplicar suas capacidades, e também, colocá-lo no lugar onde ele será mais útil».

conseqüente controle pela indústria da morte. Mesmo nos modelos de assistência mais recentes, em que a idéia de máquina vem sendo substituída pela de pessoa, a forma da morte do indivíduo não pode mais ser significada como um evento meramente individual ou familiar livre desse controle. O local onde a maioria das pessoas morre, o tipo de assistência recebida, onde será enterrada, de que modo será o velório, o que será diagnosticado como *causa mortis*, quais os benefícios e despesas que as famílias terão com essa perda, são atualmente, no âmbito das macro-relações, decisões políticas.

Concorrem para essas decisões tanto as necessidades dos moribundos²⁰, quanto as dos seus familiares, mas, principalmente, o álibi da indústria da morte que busca lucrar com a administração dessas perdas. Ao mesmo tempo que se abre um nicho de mercado, o Estado é obrigado a mediar os conflitos entre as ofertas e as demandas do setor, cuja ação ou omissão tem sido decisiva para a consideração da morte como um problema sócio-político. Assim, a forma como as pessoas morrem é, nos dias de hoje, aquilo que Foucault (2005, p.335-351) chamou de «ruptura acontecimental», porque irrompe como uma singularidade histórica, não necessária, mas que é também um prolongamento do próprio capitalismo. Algo que continua a nos atravessar e algo novo que não era destinado a acontecer, mas, uma vez que aconteceu, pode ser explicado pelo seu contexto de ocorrência como previsível.

Por essa razão, dizer que a morte deva ser tratada como uma expressão da questão social comporta múltiplos sentidos. Um desses é o de que a forma como as pessoas morrem nas sociedades capitalistas faz parte da lógica interna do controle social²¹, que abarca desde a

20 As necessidades dos moribundos não são algo à parte das construções sociais, pois, à dimensão material das necessidades humanas somam-se outras que são culturais, como atestaram Ruiz & Teixeira (2006, p.79): «(...) Mesmo quando o homem satisfaz necessidades rotuláveis como físicas e/ou biológicas (comer, beber, copular), os gestos e significações não estão postos na sua natureza biológica nem são intuitivos diretamente pelas propriedades físicas do objeto portador do valor de uso. Os componentes que levam à satisfação das necessidades são construídos de forma plástica, autonomizam-se de suas determinações biológicas, suas significações constituem-se a partir da história e da cultura».

21 Apesar de a questão do controle só aparecer de forma explícita no vocabulário de Foucault a partir dos seus cursos no *Collège de France*, entre 1978 e 1979, pode-se afirmar que o tema da disciplina já antecipava implicitamente essa questão, especialmente com a publicação de *Vigiar e punir*, em 1975. A grande diferença entre a disciplina e o controle é porque a primeira ainda possui um caráter externalista, ao passo que o segundo está mais preocupado com as formas de assujeitamento, da gestão das populações e das técnicas de si.

forma estatizada até a sua transferência para a indústria privada. O que significa que o estudo das políticas de assistência aos moribundos deve, por força do fenômeno, voltar-se para essa dinâmica que tem transformado essa assistência em mercadoria.

Aqui temos uma encruzilhada teórica que deve ser enfrentada. Quando se fala em morte associada à questão social, costumamos conceituá-la como morte social. E morte social é logo compreendida no sentido de que há uma ruptura todas as vezes que uma pessoa deixa de pertencer a um grupo social dado. Ou mais precisamente, de acordo com Thomas (1983), quando a idade ou a perda de funções conduz a interdições sociais. O que seria mais correto afirmar que a morte estaria intimamente ligada às fases da vida, como rituais de passagem implicando perdas de papéis. No entanto, questiono se não seria mais coerente, com base na «teoria predicativa» de Vanderveken (2005), marcar o conteúdo proposicional desse conceito como aquilo que Worden (1998, p.19-34.99-112) e Bowlby (2004) chamaram de «perda», e não propriamente como morte. Acredito que o conceito «perda», apesar de sua matriz psicológica, é mais pertinente ao conteúdo proposicional do que se quer descrever quando se diz morte social. Pois, dizer que a morte é uma questão social não é o mesmo que dizer morte social, como já apresentei em outra obra (GURGEL, 2007, p.60-91).

Explico. A presente investigação não é sobre a morte social, mas sobre a morte como uma expressão da questão sócio-política. Ou mais especificamente, como as objetividades, na ótica de Vanderveken (2005), ou os concretos pensados, na ótica de Marx (2001a) que caem sob os termos morte e morrer, são suprasumidos em uma conotação de classe e disputas políticas, que como tal precisam ser enfrentados.

Dito isto, deste modo, torna-se necessário fazer uma outra delimitação conceitual, pois, o que vem a ser isto – a questão social – é algo que por si demanda investigação. No entanto, como as pessoas não estão dispostas a tomarem, a cada momento, suas reflexões conceituais ao extremo, elas aceitam o costume de fazer escolhas teóricas, desde que minimamente coerentes entre si, com o intuito de prosseguir o argumento. Com base nesse hábito, dou por suficiente a definição elaborada por Iamamoto & Carvalho (1983, p.77), para

quem a questão social é uma expressão e uma exigência da classe operária. Expressão no sentido de que ela representa o «(...) processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade». É também expressão no sentido de que é uma manifestação da vida social contraditória típica das sociedades capitalistas. E exigência no sentido de que, uma vez que esse ingresso é excludente, gerando contradição entre o proletariado e a burguesia, essa classe «(...) passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão». Exige a criação de políticas públicas voltadas para o atendimento de suas necessidades.

Ora, sendo isto verdadeiro, a questão social não é à parte das sociedades capitalistas. Ela é, conforme Teles (1996, p.85), a sua própria aporia, no sentido de que a verdade representada pela lógica do mercado enfrenta a verdade representada pela dinâmica societária. Nas palavras da autora, a primeira é a «verdade da ética dos direitos» e da «ordem legal que promete igualdade». A outra é a «verdade dos imperativos de eficácia da economia» e da «realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação». Desse modo, somos remetidos a pensar a forma como as pessoas morrem como um problema que é, ao mesmo tempo um problema social, associado às desigualdades sociais²² e às necessidades sociais²³, e uma questão política, ligada à ação do Estado que procura mediar as lutas sociais²⁴ pelo suprimento de tais necessidades e manter o equilíbrio

22 Grafa-se por desigualdades sociais, na ótica de Marx (2001b), o produto de um conjunto de relações pautado na propriedade como um fato jurídico, e também político, bem como das diferenças de classe, sustentadas pelo poder de dominação. Ou seja, as desigualdades sociais se originam da relação contraditória entre capital e força de trabalho e se refletem na apropriação e dominação, dando origem a um sistema social no qual uma classe é explorada e a outra domina os meios de produção. Assim, investigar a morte sob o prisma do capitalismo, no meu entender, deve passar, necessariamente, por sua submissão conceitual à categoria de desigualdade social. E isto significa abandonar uma determinada concepção de morte: a morte igualitária, e com ela toda manifestação metafísica da morte, a morte como algo em-si.

23 No sentido teorizado por Heller (1986, p.77), que grafa necessidade social como uma necessidade da sociedade «(...) como sistema de necessidades *geral*, acima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais».

24 As lutas sociais decorrem da revolução industrial na Europa e do conflito entre o burguês e o proletário. Ela é uma variante da luta de classes, porque é a luta do proletariado contra a exploração capitalista, e não a simples luta contra os efeitos dessa exploração: «(...) este é um ponto muito essencial, pois se trata da verdadeira organização de classe do proletariado, na qual este trava suas lutas diárias contra o capital, na qual se educa e disciplina a si mesmo, e ainda hoje em dia, com a mais negra reação (como agora em Paris), não pode ser esmagada» (MARX, 2001b, p.18). Ou pelo menos, a luta de uma classe, cuja condição é ser alienada da sua força

entre as desigualdades.

Dizer, portanto, que a morte é uma expressão da questão social significa dizer que existem determinações recentes para a sua expropriação nas sociedades capitalistas. Essas determinações são materializadas por meio das ações estatais que medicalizaram a morte e a têm transformado em mercadoria capitalista desenvolvida²⁵. O que vai ao encontro da tese de Roqueplo (1974), para quem essa expropriação é uma alienação dos meios de tratamento (científicos e tecnológicos) pela empresa médica, mas não sem a intervenção do Estado. Ou de Illich (1975), para quem a colonização médica é a outra face da colonização capitalista, que não poderia existir sem a presença do Estado que prioriza a satisfação das necessidades do mercado. Nesse sentido, tanto a ação quanto a omissão do Estado, bem como as conseqüências decorrentes dessa ação ou omissão, são estratégias políticas voltadas para o controle sobre a forma como as pessoas morrem.

A abstração que cai sob a proposição de que a morte é uma expressão da questão social leva-me a pensar que, como ação estatal voltada para o controle sobre a forma como as pessoas morrem, as políticas de assistência aos moribundos são um dispositivo de poder²⁶.

de produção, contra a expropriação do capital. Ela começa como motim, mas não se limita a ele, tomando a dimensão de luta nacional, conseguindo congregando uma classe em torno de um ideal político: «Aqui e ali a luta se transforma em motim. Os operários triunfam às vezes; mas é um triunfo efêmero. O verdadeiro resultado de suas lutas não é o êxito imediato, mas a união cada vez mais ampla dos trabalhadores. Esta união é facilitada pelo crescimento dos meios de comunicação criados pela grande indústria e que permitem o contato entre operários de localidades diferentes. Ora, basta esse contato para concentrar as numerosas lutas locais, que têm o mesmo caráter em toda parte, em uma luta nacional, em uma luta de classes. Mas toda luta de classes é uma luta política» (MARX, 2001d, p.6). O seu campo de atuação pode ser o fetiche, mas não se limita a ele, procurando atingir as causas da exploração e não os simples efeitos.

25 Como a categoria mercadoria capitalista desenvolvida me remete a Marx (1989, p.45), o significado que será adotado aqui para ela é o de que a mercadoria é, antes de tudo: «(...) um objeto externo, uma coisa, que pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa. Aqui também não se trata de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se mediatamente, como meio de subsistência, isto é, como objeto de consumo, ou se indiretamente, como meio de produção».

26 A noção de dispositivo de poder em Foucault (1999) é bastante heterogênea, mas pode ser generalizada (correndo-se o risco de toda generalização) e tipificada em dois momentos; o primeiro que aparece na década de setenta, em torno da publicação do prefácio que ele fez para a obra de Deleuze & Guattari (1977): *O anti-Édipo*, e significa os operadores materiais do poder, que envolve as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder. A outra, mais ampla, que gira em torno da publicação de *História da sexualidade: a vontade de saber* (1999), significa todos os mecanismos de dominação, o que envolve tanto os discursos quanto

Sua atuação está tanto no nível dos salários diretos quanto no dos salários indiretos. Tanto sob a forma da concessão de assistência quanto sob a forma da concessão de benefícios, conforme as formas de Estado nas quais tais políticas são formuladas e implementadas²⁷. Pois, se por um lado, o Estado capitalista contemporâneo tem se negado a prestar assistência social direta, na forma de salários indiretos pagos à população, por outro, devido à exigência de que os indivíduos sejam inseridos no mercado de consumo, tem criado novos direitos sociais que transformam os usuários em consumidores. Consumidores inclusive de antigas obrigações estatais, dentre as quais a assistência à saúde na hora da morte.

2.1 Justificativas para a problematização da questão da morte e do morrer

O sentido de problematização dado por Foucault (2004; 2006b) é o de que há algo que incomoda o pesquisador, cuja inquietação deve ser trazida à fala. Ou seja, a problematização é, de fato, o que coloca a questão como questão, desafiando não só a nossa capacidade de percebê-la, mas até mesmo de formulá-la. Isto significa, para Foucault (2006b, 1-14), que o pensador deve desprender-se de suas certezas absolutas e colocar novamente os seus problemas. Aqueles problemas que por estarem tão próximos foram alienados, mas que são os únicos que realmente lhe importam. E, realmente lhe importam porque são as suas questões genuínas, as que passam por sua experiência, de modo que somente ele, e nenhum

as práticas, de indivíduos e de instituições, ou seja, o todo social, discursivo e não-discursivo. A verdade é que a noção de dispositivo substitui, porque suprassume, a de episteme, mais utilizada na década de sessenta. Suprassume no sentido de que a episteme é apenas um tipo de dispositivo: um dispositivo de saber.

²⁷ Como já lembravam Bobbio & Matteucci & Pasquino (1995, p.401), o Estado contemporâneo é marcado por inúmeras contradições internas, geradas pelos próprios modelos de Estados capitalistas: «Uma definição de Estado contemporâneo envolve numerosos problemas, derivados principalmente da dificuldade de analisar exaustivamente as múltiplas relações que se criaram entre o Estado e o complexo social e de captar, depois, os seus efeitos sobre a racionalidade interna do sistema político. Uma abordagem que se revela particularmente útil na investigação referente aos problemas subjacentes ao desenvolvimento do Estado contemporâneo é a análise da difícil coexistência das formas do Estado de direito com os conteúdos do Estado social». O que nos mostra, segundo Farias (1999, p.27), que as ações estatais são ricas em determinações porque o «(...) Estado representativo moderno é um ser social situado no tempo e no espaço; é rico em determinações; trata-se de uma totalidade concreta, complexa e contraditória».

outro, tem a obrigação de problematizá-las, do modo como o faz. Ela é a pré-condição do discurso científico, ou como disse Foucault (2004, p.242), ela é o «(...) o conjunto de práticas discursivas ou não discursivas que faz qualquer coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e a constitui como objeto para o pensamento».

Conforme observamos, também em Marx (2001a, p.7-8) a produção do saber não existe sem um consumo do saber. E, em termos de produção do saber, o primeiro que consome o que produz é o próprio produtor. O seu ato é determinado por sua capacidade de consumir objetos específicos, de um modo específico. Questões específicas com métodos específicos: «(...) o que a produção produz objetiva e subjetivamente não é só o objeto do consumo; é também o modo de consumo. A produção cria, pois, o consumidor». Isto significa dizer que cada um de nós tem um modo próprio de colocar os problemas, de ser atingido genuinamente por algumas questões que estão próximas, cuja responsabilidade é totalmente pessoal. O que significa também dizer que o método surge junto com a problematização, na medida em que esta nos toca, exigindo do cientista a exposição do lugar a partir do qual ele constrói a sua fala.

A produção do saber é, pois, um acontecimento historicamente determinado pelas conjunturas subjetivas e objetivas da sociedade na qual vivemos, pelo estilo de vida que levamos e por nossas condições de acesso ao conhecimento universal. Ela não é o produto de um espírito científico, como por exemplo pregavam Einstein e Bachelard²⁸, mas das condições materiais nas quais estamos historicamente inseridos. Diante disto, sou motivado a expor quais foram as determinações históricas que me impulsionaram a investigar o significado das políticas públicas voltadas para o controle social sobre a forma como as pessoas morrem, na qualidade da assistência aos moribundos.

28 Para Einstein (1981, p.211), a investigação científica não é definida pela aplicação correta de um método, mas pela presença do espírito científico: «É claro, não considero um homem de ciência aquele que sabe manejar instrumentos e métodos julgados científicos. Penso naqueles cujo espírito se revela verdadeiramente científico». O mesmo encontramos em Bachelard (1996, p.19), para quem nosso espírito tende, praticamente sem resistências, a ter como mais claras as idéias que já habitualmente povoam nossa mente e assim, psicologicamente, usamo-las abusivamente, como que por inércia.

Como tenho tendência a dar explicações racionais a tudo o que me atinge, não saberia dizer de forma diferente porque essa questão se tornou problemática para mim ou quais são as minhas justificativas para a inserção nesse tema. Sendo assim, separo duas, por enquanto. A primeira delas é que sou filósofo, a segunda que o meu trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão me conduziu a isto, e, ambas reunidas em uma só, porque o próprio tema tem exigido isto de mim.

a) Justificativas filosóficas: aprender a morrer

Costuma-se atribuir valor de verdade à proposição de Montaigne (1972, p.51) de que a atitude filosófica perante a morte consiste em acreditar que «meditar sobre a morte é meditar sobre a liberdade», uma vez que «quem aprendeu a morrer, desaprendeu de servir (...); saber morrer nos exime de toda sujeição e constrangimento». E isto não se refere só a uma abordagem existencialista da vida, pois, tomando por base as reflexões de Cícero (2007), Montaigne (1972, p.48) repetiu a teoria platônica²⁹ de que «filosofar não é outra coisa senão preparar-se para a morte». O que, nas palavras de Montaigne (1972, p.49) significa que a morte nos ensina o desapego: «(...) um dos principais benefícios da virtude está no desprezo que nos inspira pela morte, o que nos permite viver em doce quietude e faz com que se desenrole agradavelmente e sem preocupações nossa existência». Pois, para os filósofos³⁰, de

29 Desde Sócrates, filósofo é aquele que sabe morrer. A fórmula *saber viver é o mesmo que saber morrer* é uma herança e um desafio que vem passando de geração em geração como legado filosófico. No diálogo *Fédon*, Platão (1976, p.65, #64b) colocou na boca de Símiias a seguinte definição de filosofia: «Na verdade (...) os que se dedicam à filosofia são homens que se estão preparando para morrer». Em outro diálogo, intitulado *Crítón*, Platão (2004) expôs claramente, no debate entre Sócrates e Crítón, a questão da vida filosófica como a morte digna. Nesses dois diálogos, e não são os únicos a tratar do assunto, supôs-se o seguinte: aquele que sabe morrer, aprendeu a viver, de modo que a vida e a morte têm se iluminado reciprocamente. Isto sem falar que toda a teoria platônica está envolvida com a questão da morte: seja a primeira fase, na qual ele ainda está perturbado com a morte de Sócrates – e, portanto, procurando significar o sentido daquele ato; seja a segunda fase, na qual ele se preocupa com o sentido da existência como um todo – o que leva à teoria da metempsicose.

30 A postura filosófica difere da postura das pessoas que deixam a morte para um último momento da vida, como um fim, ao invés de uma realidade cotidiana. Desse modo, a pessoa que se prepara para a morte é capaz de

acordo com esses pensadores, o temor à morte é inversamente proporcional à vida virtuosa.

Pois bem, conheço esse postulado desde que passei a me envolver com a filosofia, muito antes da faculdade, ainda na adolescência, em 1988, quando ingressei para o Seminário Diocesano Santa Luzia, em Mossoró/RN. Desse envolvimento herdei a crença de que a classe das pessoas que reconhecem a morte como uma possibilidade³¹ pode ser subdividida entre aquelas que aprendem a morrer e aquelas que se preparam para a morte. Com base nisto, sempre me considerei entre as pessoas que estão aprendendo a morrer, como alguém que desde cedo aprendeu a ver a morte tanto como um fim quanto como uma presença. Nas palavras de Montaigne (1972, p.51) isto significa que, por não sabermos onde a morte nos aguarda, devemos esperá-la em toda parte. A sua máxima é: «(...) nenhum mal atingirá quem na existência compreendeu que a privação da vida não é um mal, saber morrer nos exime de toda sujeição e constrangimento».

Isto é o mesmo que dizer: a morte nos livra de todos os males³².

Ainda naquela época li as obras de Epicuro, mais especificamente a *Carta a Meneceu*, e assimilei como busca pessoal a insistência nas técnicas da *aponía* e da *ataraxía*³³, que cultivam a idéia da morte como algo natural, indolor e necessário. Passei a acreditar que não deveria ter nenhum temor à morte, pois, se eu sou, a morte não é; se ela for, eu não serei, conforme se lê nessa passagem:

Além disto, acostuma-te à idéia de que a morte, para nós, é nada. Todo o bem e todo o mal residem na faculdade de sentir; a morte, porém, é a privação desse sentimento. Assim, o conhecimento de que a morte nada é torna deliciosa a nossa vida efêmera. Evidentemente, esse saber não modifica o limite temporal da nossa vida, contudo

deixar previamente acertado todos os rituais, vestes, símbolos e falas para o dia do funeral. No entanto, tudo ocorre como se fosse para um último dia, de modo que a morte fica relegada para um constante depois, de preferência para a velhice.

31 Há também uma classe de pessoas que interditam o assunto, preferindo não pensar na morte.

32 Existia na antiguidade grega um provérbio que dizia: «A morte livra os homens das tristezas e dos males» [*hō thântatos apallattei toûs anthropoûs tôn lupon kai tôn kakon*] (FREIRE, 1947, p.6).

33 *Aponía* e *ataraxía* são categorias importantes do discurso filosófico de Epicuro (2005). Por *Aponía* se traduz comumente a ausência de dores no corpo, ou mais precisamente, a não superavaliação das dores corpóreas, inclusive a morte. Já por *ataraxía*, traduz-se a ausência de perturbações psíquicas, ou a imperturbabilidade da alma (*indifferentia*).

livra-nos do desejo de sermos imortais, pois para quem ficou ciente de que nada terrível existe na ausência de vida, nenhum terror pode haver no viver. Mas se alguém argumentar que não teme a morte por causa da pena que ela trará quando vier, mas sim porque o simples fato da sua vinda já lhe é doloroso, é um tolo; pois é doído que algo que não nos cause receio quando acontecer, possa trazer-nos pena, durante a espera, pelo fato de ser esperado!

Assim a morte, o mais terrível de todos os males, é para nós um nada: enquanto nós existimos, não existirá ela, e quando ela chegar, nada mais seremos. Desse modo, a morte não toca nem os vivos nem os mortos, porque onde estão os primeiros não se encontra ela, e os últimos já não existem mais. (EPICURO, 2005, p.38)

O princípio moral era sempre o mesmo: «(...) o conhecimento de que a morte nada é torna deliciosa a nossa vida efêmera», como disse Epicuro (2005, p.38). No entanto, como ele, também sabia que as pessoas temem não só a idéia de um fim (o que pode ser de mais fácil aceitação), mas, sobretudo, o de *como* este fim ocorrerá. Assim, para muitos, o morrer é mais temerário que a morte, como é o caso literário de madame Montespan, exemplificado por Ariès (2003, p.28), cujo temor não era a morte, mas o *como* morrer: «Saint-Simon diz a respeito de Madame de Montespan ter ela medo da morte. Tinha principalmente medo de não ser avisada a tempo e também (...) de morrer só». Desde então, pensar na minha morte tem me conduzido a pensar também na forma como gostaria de morrer.

Contudo, se eu não tivesse nascido nordestino, em uma cidadezinha do interior, durante uma das maiores secas do sertão recente, a seca de setenta, quando a morte era um evento presente no nosso cotidiano, bem como, se não tivesse feito parte da minha aprendizagem infantil os rituais fúnebres, muitos dos quais de crianças da minha idade de então, talvez as minhas habilidades sociais para lidar com a morte e morrer fossem diferentes. E, sendo outras, poderiam ser contrárias às que são, de modo que tais questões filosóficas poderiam muito bem não significar o que hoje significam para mim. Assim, não são somente as questões filosóficas isoladas que tornaram os estudos sobre a morte problemáticos para mim, mas principalmente as minhas contingências³⁴. Nascido em um contexto de seca, onde a sobrevivência parecia mais um jogo do acaso, à mercê das chuvas e estiagens, conviver com e

34 Por contingências se entende aqui os «(...) componentes das relações comportamentais que apresentam relação de dependência entre si» (TEIXEIRA JUNIOR; OLIVEIRA DE SOUZA, 2006, p.28)

pensar na morte, sabê-la presente, é a atitude mais comum e não há nada de sinistro nisso. A morte é uma constante para o nordestino. Um modo de vida, como disse Neto (2006, p.50):

E somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).

O fato é que essa proximidade inicial me levou a outros autores, filósofos ou não, que tomaram a morte e o morrer como o seu alimento intelectual, até culminar no meu encontro com as *Ars moriendi*³⁵. Este encontro foi de fundamental importância para me afastar do existencialismo cristão, tal como foi preconizado por Kierkegaard, que associava morte com angústia e finitude. Especialmente porque, por essa via, a noção de morte como fim³⁶ tomava vez no âmbito da filosofia³⁷. Também foi importante porque me permitiu um encontro

35 Ou *A arte de bem viver e de morrer*. Trata-se de uma coletânea de textos e figuras escritos por volta dos anos de 1415 e 1450. Na minha opinião, diferente de O'Connor (1942), a obra como um todo trata-se de um *catecismo* para os cristãos medievais-modernos viverem os sacramentos, por meio dos quais manteriam a fé e galgariam a salvação. Em termos de morte, relacionada ao sacramento da unção dos enfermos, traz protocolos, procedimentos e códigos de conduta direcionados a médicos e clérigos para o exercício do papel de *nuncius mortis*, que deveriam conduzir os moribundos a uma boa morte, de acordo com os preceitos do cristianismo de então. Quanto ao moribundo, exorta-o na luta contra as tentações, presentes em todas as fases da vida.

Existem duas versões das *Ars moriendi*: a versão longa, chamada também de *Tractatus* (ou *Speculum*) *artis bene moriendi*, composta em 1415, por um dominicano anônimo; e uma versão curta, que apareceu, provavelmente, em 1460, que é, na verdade, uma adaptação do segundo capítulo da versão longa, dedicado às cinco tentações que mais perturbam na hora da morte: a fé, o desespero, a impaciência, o orgulho e a avareza. Aqui, usarei como referência a versão longa, assinada por André Bocard, sob o título *Ars moriendi: l'art de bien vivre et mourir*, escrita em francês e publicada em 1493, disponível para consulta na seção Obras Raras da *Librairie du Congrès*, em Paris/França.

36 O dilema filosófico de pensar a morte está em tomá-la como uma consciência da finitude, tal como fez Kierkegaard (2001), ou como uma percepção da duração, como fez Cioran (1988). A primeira coloca a morte como uma ameaça à vida, porque é o seu fim — a possibilidade de todas as possibilidades, a outra coloca a morte como a face da vida, porque é a sua necessidade. A primeira é dualista, a segunda, dialética.

37 Esta noção permaneceu até Heidegger (1996), já no século XX, principalmente com seu tratado *Ser e Tempo*,

com outras possibilidades para pensar a morte e o morrer.

Deparava-me com as mais diversas ciências da morte, além de uma complexidade de conceitos e técnicas para decidir o que é morrer, quando se está morto, o que é a morte, ao lado de práticas como eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia³⁸ etc. A reunião disto tudo tem desafiado a imaginação dos literatas, a reflexão dos filósofos, as crenças dos religiosos e a solução dos cientistas. E que me desafiaram, igualmente, quando me deparei com boa parte disso, durante a minha participação no Comitê de Ética em Pesquisa³⁹ do Hospital

de 1927, que apresenta como um dos existenciais que caracterizam o homem [*Da- Sein*], o ser-para-a-morte [*Zum-Tode-Sein*]. Ser-para-a-morte é a possibilidade que esgota todas as outras possibilidades, é a possibilidade da impossibilidade. No entanto, a morte não é entendida apenas como um fim. Também o é, mas é antes uma consciência com a qual vivemos o nosso cotidiano. O ser-para-a-morte é um existencial, é algo já dado, como disse Heidegger (1996, p.12): «O 'fim' do ser-no-mundo é a morte. Esse fim, que pertence ao poder-ser, isto é, à existência, limita e determina a totalidade cada vez possível da pre-sença, enquanto ela é, sempre se acha algo pendente, que ela pode ser e será. A esse pendente pertence o próprio 'fim'».

38 As categorias eutanásia, ortotanásia e distanásia demandam muitas discussões. A minha pretensão não é esgotá-las, mas clarear os usos que farei aqui. Em primeiro lugar, compreendo que seus significados são restritos ao universo clínico, não podendo ser aplicado a outras conjunturas. Assim, eutanásia e distanásia são termos contraditórios da prática clínica. Segundo a definição dada por Pessini (2001, p.163-170), o primeiro significa a abreviação da vida terminal por meios clínicos, e, o segundo, o prolongamento da morte por esses mesmos meios. Segundo Singer (2002, p.242-259) e Stoffell (2001, p.272-279), a eutanásia costuma ser dividida em voluntária quando o moribundo a pede e involuntária quando a sua família a pede; ativa quando o próprio moribundo aciona o mecanismo que o levará à morte e passiva quando o profissional de saúde o faz. Prefiro seguir a orientação de Stoffell (2001) e considerar tecnicamente a eutanásia ativa como suicídio assistido mas não vou entrar aqui nessa discussão. Rejeito a possibilidade de atribuir o termo eutanásia passiva quando essa ação não for praticada por um médico, pois, tanto a eutanásia quanto a distanásia ou ortotanásia são atos exclusivos do médico o que não impede a busca de apoio profissional e moral. A ortotanásia é uma mediação entre a eutanásia e a distanásia, pois rejeita o tratamento intrusivo mantendo somente o suporte mínimo para que o moribundo morra naturalmente, assistido pela equipe hospitalar. Ela é, conforme Pessini (2001), a forma de morte preconizada pelos cuidados paliativos. Por último, a mistanásia, cujo conceito foi elaborado por Pessini & Barchifontaine (2005, p.386-387) para significar a morte das pessoas que morrem como ratos. Isto porque, a palavra mistanásia, vem do grego *mis* ou *mys*. No primeiro caso, *mis* significa infeliz, de modo que mistanásia seria a morte infeliz, bem como a morte do infeliz. No segundo caso, *mys* significa rato, e mistanásia passa a significar a morte do rato, a morte daquele que morre infeliz, como um rato: «A realidade mais ampla em que a eutanásia se concretiza são situações difíceis da vida. Em primeiro lugar, poderíamos falar da morte infeliz, que chamaríamos *mistanásia*. Ultrapassa o contexto médico hospitalar e nos faz pensar na morte provocada de formas lentas e sutis, por sistemas e estruturas. Relacionaríamos aqui os que morrem de fome, a morte do empobrecido, os mortos nas torturas de regimes políticos. Nesses casos, a mistanásia (do grego, *mis*, 'infeliz') é uma verdadeira mistanásia, morte de rato no esgoto (do grego *mys*, 'rato')».

39 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) significa uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, consultiva, normativa, deliberativa, independente, vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e destinada a atuar no campo da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, exercendo controle social sobre essas pesquisas. Tais comitês foram instituídos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a

Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

b) Justificativas profissionais: presenciando a morte hospitalar

Sobre essa experiência posso dizer que a minha escolha para esse comitê ocorreu após o convite⁴⁰, ainda em 2001, que o Departamento de Filosofia recebeu para compô-lo. Naquela época, ninguém do nosso departamento sabia ao certo do que se tratava, e, como eu acabara de defender minha dissertação de mestrado em filosofia, falando sobre ética, meu nome fora indicado e aceito. Nesse sentido, fui convidado, por meio do Departamento ao qual pertença, na qualidade de filósofo⁴¹, para tomar parte nas discussões e decisões envolvendo a ética em pesquisa com seres humanos no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, cuja atuação durou de 2002 a 2008.

Devido à militância dos seus integrantes e à inexistência de outros comitês, criamos frentes de trabalho que passaram a divulgar a Bioética, seus princípios e suas interações com as práticas em pesquisa, especialmente aquelas envolvendo seres humanos, o que logo repercutiu em uma demanda de trabalho cuja cobertura passou a ser estadual. Isto foi importante porque nos deu uma visão mais ampla da pesquisa na área da saúde no Estado. E, para mim, uma surpresa, pois a minha proximidade com a questão tanatológica levava-me a acreditar que o ambiente hospitalar, para o qual eu supunha saber ter migrado a morte e o morrer nas sociedades capitalistas ocidentais cristãs, fosse um ambiente propício para esse tipo de debate e não o contrário: que falar da morte fosse ali ainda um tabu.

partir do ano de 1996. Em 2007, já existiam 543 comitês espalhados por todo o Brasil. Para saber mais sobre CEP, recomendo as publicações do CNS: *Cadernos de ética em pesquisa*.

40 É importante ressaltar que o convite direcionado ao Departamento de Filosofia partiu da obediência à Resolução CNS 196/96 que orienta, no seu artigo VII.4 – que trata da composição dos CEPs, a «(...) participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição».

41 Na qualidade de filósofo é um modo de se dizer, uma vez que a profissão de filósofo não está regulamentada, de modo que, o que se tem é uma prática filosófica, exercida quer pela prática letiva da filosofia, quer pela investigação na pesquisa filosófica.

Minhas primeiras conversas com alguns profissionais, inclusive colegas de comitê, sobre a questão da morte e do morrer não foram bem aceitas. Reações comuns por meio de proferimentos tais como «cruz credo!», «que assunto mais sinistro», «gosto da vida, não da morte», «aqui já é um lugar muito triste, falar da morte só vai piorar as coisas», «nas minhas mãos nunca morreu ninguém!»... desestimulavam o debate. Mas, justiça seja feita, nunca fui institucionalmente impedido de falar em público sobre o assunto. Quer nas reuniões do comitê, quer nos seminários, simpósios e jornadas que houve no próprio ambiente hospitalar e nos quais me inscrevi, os temas tanatológicos sempre foram razoavelmente aceitos. Percebi também que não estava só. Recebi apoio para discutir a questão abertamente, em especial, por meio do médico e na época coordenador do CEP, Raimundo Antônio da Silva. Junto com este, elaboramos um projeto de pesquisa para investigar a morte e o morrer na sociedade ludovicense. Mais tarde, a enfermeira Nair Portela Coutinho, então Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, do Hospital Universitário, juntou-se a nós e criamos o projeto *Bioética: vida, valores e morte*, atualmente em fase de conclusão da coleta de dados.

A convivência com os profissionais de saúde e usuários em ambiente hospitalar passou a demandar questões sobre a formação tanatológica dessa equipe. Saber quais as suas habilidades teóricas e práticas para lidar com questões como o anúncio da má-notícia, a captação de órgãos, a humanização da assistência na hora da morte [*in momento mori*]⁴², as práticas terapêuticas obsessivas e clandestinas de eutanásia e distanásia, seleção de leitos e a introdução de cuidados paliativos; bem como as garantias morais, religiosas e materiais dos moribundos. Essas questões não demandavam mais uma pesquisa e sim uma interação mais prática. Daí nascera a idéia de formar uma turma para estudar Tanatologia. O que foi iniciado em maio de 2006, sob a tutela da Rede Nacional de Tanatologia, e posteriormente, por questões éticas e políticas, sob a tutela do próprio CEP, já sob a minha gestão, e da Diretoria

42 Utilizo hora da morte no sentido dado pelas *Ars moriendi* de *in momento mori*, que difere daquele dado pela Medicina moderna, descrito na certificação do óbito, como *the dying time*, que aqui traduzirei como hora do óbito. O primeiro refere-se a uma condição pessoal e social do moribundo: a sua preparação para morrer e a assistência que lhe é dada. O segundo é um item temporal a ser preenchido por um especialista em um documento técnico: o momento exato em que as atividades vitais cessaram.

Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Tais demandas têm me conduzido ao estudo das lutas (sociais e profissionais) pela dignidade humana⁴³ na hora da morte, dentro do contexto da assistência aos moribundos, seja no ambiente hospitalar ou fora dele, desde que sob a tutela do Estado capitalista ocidental cristão. Mas, por que essa referência? Em primeiro lugar, porque a morte hospitalizada tem sido desde alguns anos considerada a forma mais comum e ideal de morte, seja como aquela morte rápida resultante de infarto do miocárdio, acidente ou outros eventos inesperados, seja aquela morte lenta e dolorosa resultante de doença crônica e terminal, como câncer ou insuficiência cardíaca congestiva, demência e enfisema. Em segundo lugar, e antes de tudo, porque é a minha referência de Estado. É a forma do Estado que eu conheço e com a qual convivo, mas que para mim tem se tornado problemática. Ela é, ao mesmo tempo uma visão quase utópica, pois venho de uma realidade onde a morte hospitalizada é para poucos. Bem como uma visão quase infernal, pois a realidade que passei a descobrir é que essa morte tem sido expropriadora e atentante contra a dignidade humana. Passei a inquietar-me com isto e precisava investigá-la. Foi quando percebi que a questão já me antecipava e impunha diante de mim um modo próprio de abordá-la, inerente ao seu próprio processo de problematização. Esse modo atende pelo nome de Biopolítica.

2.2 A construção do método: para uma análise do controle social sobre a morte

Dizer que a questão impõe um método próprio para abordá-la é ir de encontro à

43 A categoria dignidade humana, tanto quanto boa morte, são historicamente determinadas, portadoras de inúmeras contradições filosóficas, políticas e também econômicas. Ao longo desse trabalho vou mostrar algumas dessas contradições, à medida em que elas forem aparecendo orbitando em torno dos seus usos. Podem ser compreendidas como morte digna tanto a morte assistida em UTI (porque, como se diz, «se fez tudo o que se podia pelo moribundo») quanto a morte assistida pela indústria de *home care* (porque, como se diz «o moribundo pôde ficar em casa com a sua família»). Isto não significa que adotarei uma postura relativista com relação a esse conceito, ao contrário, ao longo da minha exposição procuro manter uma tradição blochiana (BLOCH, 2002) de resguardar esse conceito como um humanismo multidimensional que coloca o homem acima das suas criações históricas. O critério supremo para o atentado à dignidade humana é o da inversão dos valores criatura (valores) x criador (homem).

tradição plato-cartesiana, para a qual o método é pré-condição lógica e cronológica para a verdade. Tradição essa calcada na idéia metodológica da solução e não da problematização, pois, Descartes (2000, p.60) acreditava que se possuíssemos o método verdadeiro seríamos capazes de «(...) nos tornar como senhores e possuidores da natureza». A razão para isto é a crença de que o método foi concebido como o caminho seguro para a aquisição de todos os conhecimentos de que uma pessoa é capaz. Para Descartes (2000, p.80), é «(...) muito mais satisfatório não pensar nunca em buscar a verdade de alguma coisa, do que buscá-la sem método». O que se encontra por trás desse tipo de raciocínio, conforme já apresentei em artigo científico (GURGEL, 2006b, p.16), é o seguinte argumento: toda pesquisa científica está condicionada a um método científico. Nenhuma ciência pode assim ser considerada se desprovida de pesquisa científica. Então, não há ciência sem método científico.

Para esse tipo de pensamento, a pesquisa desprovida de método científico é compreendida como mera bisbilhotice, ou mera opinião, sobre a qual tem recaído o estigma de proferimentos falaciosos. Em última instância, para Descartes (2000, p.38), é a credibilidade no método que confere aceitação pública aos proferimentos científicos, que, por sua vez, tem garantido o sucesso das ciências⁴⁴, de modo que a confiabilidade do pesquisador se confunde com a confiabilidade no método.

No entanto, o que a tradição cartesiana conseguiu foi apenas a substituição, como disse Foucault (2004, p.241-243), de uma solução por outra, sem problematizar a verdadeira questão: a construção do saber científico. Pois, dizer que o método é essencial à pesquisa científica não significa dizer que o método deva ser um *a priori* da investigação ou que exista um único conjunto de regras metodológicas válidas universalmente. E mais, como atesta

⁴⁴ É importante observar, como lembra Mora (1986, p.2217), que a existência de um método como «(...) uma ordem manifesta num conjunto de regras» não é exclusivo da produção dos proferimentos científicos. O senso comum também está provido de método. O que contrapõe os usos que o senso comum e a ciência fazem do método é que somente esta põe claramente o método como uma questão da produção dos seus proferimentos. Somente ela indaga quais as «(...) razões pelas quais tais ou quais regras são adotadas». Com isto, para essa definição, não basta a crença de que o método é necessário para a busca da verdade nas ciências, para criar proferimentos verdadeiros. Mais do que isto, é necessário acreditar, tal como Platão (1975) e Descartes (2000), que o conhecimento produzido por esse método é mais elevado do que aquele produzido sem nenhum método ou por outros métodos não científicos.

Demo (1995), a equação entre necessidade do método e apriorismo metodológico só nos levou a uma «ditadura do método», ou ao que Omnès (1995) chamou de «dogmatismo metodológico»⁴⁵. Ou ao seu contrário, àquilo que Feyerabend (1975) chamou de «anarquismo metodológico»⁴⁶, visto que o método científico não passaria de «oportunismo científico»⁴⁷. Ambos os resultados, inseridos na perspectiva do apriorismo metodológico, não conseguiram compreender a necessidade de se desfazer dessa equação cartesiana.

A rejeição ao apriorismo metodológico me levou à concepção foucaultiana de que o método deve ser construído junto com o processo investigatório. No entanto, esta construção já é, por si, um problema, cujo distanciamento é necessário para a condução da investigação de uma «genealogia das relações de poder» entre as formas de morte e as formas de Estado na sociedade capitalista cristã contemporânea. Pois, ao mesmo tempo que a questão exige essa aproximação, exige também um distanciamento, para que possa ser suficientemente examinada. E, dessa dinâmica aproximação/distanciamento nasce a pesquisa propriamente dita, onde tudo que se faz é método e teoria, processo investigatório e resultados ao mesmo tempo⁴⁸.

Dito isto, coloca-se a questão de saber quais são as estratégias de pesquisa que poderiam me dar suporte à essa construção teórico-metodológica acerca da relação orgânica entre o Estado e a morte. Percebi, em primeiro lugar, que a morte, como uma expressão da questão social, só poderia ser bem compreendida quando investigada dentro do contexto das

45 Este concebe o método científico, de acordo com a denúncia de Omnès (1995, p.273), como um código de comportamento que dá garantias de chegar a descobertas verdadeiras e moralmente boas, do tipo «ou a sua satisfação garantida ou o seu dinheiro de volta»

46 Cuja função é preenchida pelo argumento de que não há primazia do conhecimento científico, e, conseqüentemente, do método científico sobre as demais formas de conhecimento ou visões de mundo.

47 Por «oportunismo científico», Feyerabend (1975, p.81) compreende a tarefa de relacionar teorias já conhecidas com outras ainda em desenvolvimento, ao lado de observações, hipóteses auxiliares e hipóteses *ad hoc*, de acordo com as circunstâncias do momento. Isto é o contrário das teorias metodológicas mais usuais, que se propõem a seguir regras metodológicas fixas e pré-estabelecidas. Mas, é também, a capacidade que o homem de ciência ou a sua agência fomentadora, têm de acessar os recursos da propaganda, da manipulação e de induções de natureza psicológica, muito além da argumentação racional. De acordo com o autor, o caso envolvendo Galileu é o mais clássico disto.

48 Só um cartesiano como Mora (1986, p.2218) ainda continua a acreditar na existência de um método universal, reduzindo os métodos singulares a meros costumes ou procedimentos.

políticas públicas voltadas para a assistência aos moribundos. Isso atualmente significa, em países como o Brasil, ser o palco das disputas entre os interesses de classes antagônicas e de duas formas de Estado, o chamado Estado social e o Estado neoliberal, cada qual com sua proposta política para gerir o significado do que se compreende como dignidade humana na hora da morte. No Estado neoliberal passa, principalmente, pela criação de consumidores para ocupar o lugar onde antes existiam usuários. Em segundo lugar, que essa questão me conduzia, necessariamente, ao processo investigatório que se conhece como Biopolítica, que, desde Foucault (1997) pode significar tanto as estratégias que o Estado capitalista encontrou para exercer controle social sobre a forma como as pessoas morrem, por meio do que se adota aqui como medicalização e mercantilização da morte, quanto o estudo dessa forma. Ou seja, tanto é o objeto de estudo quanto a própria realização desse estudo.

a) A Biopolítica como controle social sobre a população dos moribundos

No primeiro sentido, Biopolítica pode significar as formas de somato-poder. Ou seja, a maneira pela qual as estratégias de dominação são aplicadas por determinados sujeitos para governar tanto os indivíduos quanto as populações⁴⁹. Para Foucault (1981; 1997), o governo dos indivíduos se dá, principalmente, por meio dos «procedimentos disciplinares», e, o governo das populações por meio dos «biopoderes locais» que se ocupam da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, na medida em que elas se tornam questões políticas. Assim, se sobre os indivíduos recaem os «procedimentos disciplinares» como uma forma de «anátomo-política dos corpos», sobre a população recai a Biopolítica como uma espécie de «Medicina social» para governar a vida.

Isto faz da Biopolítica uma constante tensão entre as formas de controle da

49 O conceito de população em Foucault (1981) remete à noção de coexistência: seres vivos que coexistem com traços em comum, cuja vida é suscetível de controle, a fim de assegurar melhor proveito da sua força de trabalho. No entanto, ela não pode ser simplesmente concebida como a soma dos sujeitos de um território, ou o conjunto de sujeitos de direito, ou ainda, a espécie humana. A população é o conjunto de indivíduos e de corpos modeláveis por uma tecnologia de poder, a serviço do capital, isto é o objeto construído pela Biopolítica.

individualidade e da coletividade. No entanto, ela vai além da mera disciplina porque suprassume-a como forma de controle social sobre a população, e, constitui a descoberta de que o «corpo social» pode ser modelado, assujeitado às tecnologias políticas. Quando isto se dá, a dicotomia sociedade/Estado deixa de existir em proveito daquilo que Foucault (1981) chamou de «Economia política da vida em geral», que, por sua vez, é uma das formas de controle social⁵⁰ sobre os moribundos – aquela que tem como princípio a proposição de que estes precisam da proteção do Estado.

Este princípio está na essência das políticas de assistência aos moribundos nas sociedades capitalistas, em que prevalece a forma simbólica⁵¹ daquilo que Basaglia (1971) chamou de controle social total⁵². Ele reúne, sob a mesma abordagem, questões sócio-políticas e questões éticas em torno da forma como as pessoas morrem, pois, tal como Foucault (1977, p.4) percebeu que a disputa pelo controle da sexualidade é parte de uma «rede de somatopoder», acredito que as formas de lidarmos com a morte fazem parte de uma rede de tanatopoder⁵³, subsumida aqui sob o conceito de indústria da morte. Por isto, para examinar a questão do controle social sobre os corpos, ou seja, como a morte virou objeto da Biopolítica e, portanto, como as políticas sociais de assistência aos moribundos são interesse direto do

50 Foucault (1994, p.338) distinguiu o conceito de controle do conceito de disciplina, em especial quando ele acentuou que «(...) o controle do comportamento sexual tem uma forma completamente diferente da forma disciplinar que se encontra, por exemplo, nas escolas. Não se trata de modo algum do mesmo assunto». O controle social sobre a sexualidade é muito mais sutil do que a disciplina que se cria nas escolas, ele corresponde ao que ele chamou de «subjetivação». Com isto, o estudo sobre controle social no seu vocabulário corresponde, também, à uma análise das formas de «subjetivação das sociedades».

51 Adota-se aqui o mesmo significado para forma simbólica que é dado por Thompson (2002), que se refere tanto ao conteúdo das ideologias de um determinado grupo, quanto às suas formas de divulgação. Não se trata simplesmente da mensagem, mas, igualmente, da forma (o que, onde, quando, quem) como essa mensagem é veiculada.

52 Que pode ser outra forma de dizer controle social estatal. Eu não uso o termo controle social total para grafar o controle social estatal porque posso deixar a transparecer que as outras formas de controle sejam parciais. Afirmo que qualquer forma de controle é uma forma ao mesmo tempo parcial e total de controle, se aplicarmos para isto o silogismo dialético.

53 Essa rede, por sua vez, está envolvida em uma conspiração política para privar o moribundo da sua morte da qual dificilmente poderá se libertar sem romper com o próprio sistema que a alimenta. Ou seja, no âmbito do fetichismo, aquilo que Ziegler (1977) chamou de «tanatocracia» é produto direto do tecnicismo médico. No âmbito da essência é produto do próprio controle da Biopolítica, que mercantiliza os corpos e as formas de assisti-los.

aparelho coercitivo do Estado, é preciso dizer o que se compreende aqui por controle social⁵⁴, uma vez que este termo porta múltiplas determinações de sentidos de acordo com os seus mais diferentes usos.

Foucault só adotou o termo controle na década de setenta, quando este já comportava inúmeras contradições e variações de sentido. Estas, por sua vez, já foram tipificadas por vários autores dentre os quais destaco as elaboradas por Garelli (1995), Carvalho (1995) e Lima (2002). Assim, consoante a quem controla, o que controla ou como controla, cabem várias definições para controle social, todas elas usadas pela Biopolítica e que podem ser agrupadas nas tipificações a seguir.

A definição dada por Garelli (1995, p.283) é a mais geral, uma vez que nela estão subsumidos todos os elementos conceituais que a categoria tem comportado. Ele nos diz que o controle social, enquanto uma categoria moderna, é permeado pelo conflito de forças no qual se busca a conformação ao sistema normativo. Nas suas palavras isto fica assim:

Por controle social se entende os meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo.

Tal definição é coerente com a noção que Ross (1896, 513-535) criou, de que o controle social é o conjunto dos processos que compõem o comportamento coletivo ou a própria gênese da sociedade, tanto quanto o poder que um grupo, uma instituição ou uma classe social exerce sobre a população ou parte dela. E também, me parece, coerente com o primeiro uso que Foucault (1974) fez do termo quando escreveu que o controle designa os

54 Dizer o que é o controle social pode-nos remeter a dizer o que tem sido o controle social antes mesmo da sua formulação verbal; quando há algo que faz o papel de, mas não se nomeia como tal, bem como pode-nos remeter apenas à sua formulação explícita, quando há uma correspondência entre o que é e o que se diz ser. Mas, também, dizer o que é o controle social pode significar, antes de tudo, reduzir a sua polissemia conceitual e aceitar algumas das tipificações que nos antecedem nessa reflexão. Aqui, vamos assumir essa segunda acepção e investigar o que é o controle social somente a partir de sua formulação explícita, elaborada, senão por alguém antes, por Ross (1896) nas suas investigações sobre o que é a sociedade. Ao fazermos isto, estamos reduzindo o fenômeno em sua complexidade, mas ganhando na elaboração do discurso.

mecanismos de vigilância, com a intenção quer punitiva, corretiva ou preventiva dos comportamentos:

Toda a penalidade do século XIX transforma-se em controle, não apenas sobre aquilo que fazem os indivíduos – está ou não em conformidade com a lei? - mas sobre aquilo que eles podem fazer, que eles são capazes de fazer, daquilo que eles estão sujeitos a fazer, daquilo que eles estão na iminência de fazer (FOUCAULT, 1974, p.8).

O nascimento dessa forma geral de controle estaria associada, na ótica de Ross (1896) e Foucault (1974) à passagem das sociedades agrícolas às industriais, decorrente da necessidade de organização de espaço. Em Foucault (1974, p.70-80), mais especificamente, ela estaria associada à necessidade de controlar os fluxos e à repartição espacial da mão de obra, o que ele chamou de «ortopedia social». Nessa ortopedia são consideradas as necessidades da produção e do mercado de trabalho, permitindo o desenvolvimento da polícia e da vigilância das populações nas fábricas, nas escolas, nos hospitais... No entanto, há algo que nem Garelli (1995) nem Ross (1896) nem Foucault (1974)⁵⁵ disseram abertamente, que não existe controle social sem frase. A forma controle social não existe sem as suas mediações forma de controle social e forma do controle social. Daí a importância das outras reflexões elaboradas por Carvalho (1995) e Lima (2002). Elas vão em busca dessas frases, compondo as formas de controle social.

A forma controle social é mediada pelos interesses concretos que disputam as relações de poder. Essas relações podem oscilar a favor do mercado, do Estado ou da sociedade civil, de onde vêm as formas de controle social que apreendi a partir das pesquisas de Carvalho (1995) e Lima (2002), que passo a apresentar.

A primeira, refere-se ao «controle social confiado às leis do mercado» e foi historicamente construída levando-se em consideração, principalmente, o período de produção

⁵⁵ No caso de Foucault refiro-me a esse momento específico de sua elaboração conceitual, pois, com o estudo da sexualidade, quando ele passa a compreender o controle como a forma de uma «economia do poder», isto parece se ampliar. Em *História da sexualidade: a vontade de saber*, ele mostra, por exemplo, como o controle procura instalar uma espécie de poder capilar, na qual cada indivíduo passa a modelar e a gerir a sua existência a partir de um modelo normativo global.

industrial profundamente marcado pela política do liberalismo. Essa forma de controle social está bastante próxima ao que Smith (2006) chamou de «mão invisível», no sentido de que a aplicação coletiva do capital, ao buscar o lucro, gera também o bem-estar da coletividade. Ao Estado, por sua vez, caberia o papel de manter a segurança militar, administrar a justiça, erguer e manter algumas instituições públicas e, sobretudo, manter os contratos. Nesse sentido, controle social significa tanto a consequência das ações privadas, quanto a de uma força do próprio mercado que se auto-regula. Por essa razão, nomeio essa forma de controle social como controle social mercantil.

A segunda, refere-se ao que Lima (2002, p.81) chamou de «controle social determinado pela natureza das intervenções estatais», cujo sentido já vinha sendo apresentado em algumas análises sociais, como as de Foucault (1974) e Carvalho (1995). Em poucas palavras, pode ser compreendido como o controle que o Estado exerce sobre a sociedade. Equivale, portanto, ao modelo do «estatismo» de Gudin (1965) ou do «intervencionismo estatal» de Horkheimer (1980), ou ainda, ao «controle orgânico do Estado» de Lima (2002, p. 90).

A fase típica à qual se associa essa forma de controle corresponde, não exclusivamente, ao período daquilo que Keynes (1973) chamou de «reestruturação produtiva», sob a ideologia do «pleno emprego das forças produtivas», marcado pela política de «bem-estar social». Ela se aplica também ao Estado contemporâneo, visto que a criação e a manutenção de «desigualdades artificiais», nas palavras de Dray (1999, p.52), onde antes prevaleceu a noção de igualdade como «espaço neutro», só é possível se existir uma ação estatal a favor dessas desigualdades. Tratam-se, na verdade, de situações gerais nas quais o Estado exerce o seu papel interventor delimitando, às vezes mais, outras menos, a representação da sociedade civil ou do papel do mercado. Por isto, digo que tal forma de controle é a do controle social estatal.

Essa forma traz consigo a idéia de que o controle social é o exercício de domar, de conter as forças opositoras e dar certa homogeneidade à população, seja por parte do próprio

Estado, seja por parte de um dos seus segmentos dominantes: polícia, administração fiscal, controle econômico, administração jurídica etc. Isso está também de acordo com as teses de Ross (1896) e Garelli (1995), cujo pressuposto é o de que o controle social estatal visa ao consenso. Por consenso, entende-se a ação política que procura impor a crença comum nos valores que sustentam o presente modelo de sociedade, bem como a de que tais valores são superiores a todas as pessoas e devem ser defendidos em nome da estabilidade e da ordem. Nesse caso, as teses de Ross (1986) e Garelli (1995) parecem embasar as de Mészáros (2002, p.991), para quem a função do controle social foi expropriada do corpo social e transferida para o capital, que, com a ajuda do Estado, conseguiu «(...) aglutinar os indivíduos em um padrão hierárquico estrutural e funcional, segundo o critério de maior ou menor participação no controle da produção e da distribuição». Em todos os casos, o controle social estatal nas sociedades capitalistas não é um fim, mas um meio de o controle social mercantil exercer sua força.

A terceira forma de controle social, que se refere ao «controle social como pressão social», é apresentado por Lima (2002, p.81-82) como «(...) uma questão de regulação de interesses dos grupos de referência». Tal forma se assenta, principalmente, sobre o período que Antunes (2000) vem chamando de «reestruturação do capital», cuja propriedade fundamental é a de estar centrado na especulação do «capital financeiro» e marcado pelo «espírito político do neoliberalismo». Na ótica de Carvalho (1995), essa forma de controle social, no campo jurídico, tem significado também o «controle que a sociedade civil organizada exerce sobre o Estado».

Trata-se, na verdade, da atuação que o Estado exerce no desempenho do seu papel de interventor, permitindo e ampliando a representação da sociedade civil. Ou, então, cedendo a pressões de classes ou de grupos sociais minoritários, mesmo que por meio de dispositivos de participação estabelecidos por ele próprio. Isto deixa transparecer que se trata do controle exercido pela sociedade sobre o Estado. Justamente por isto, chamo essa forma de controle

social de controle social popular⁵⁶. Ela é a concepção que tem sido assumida pelos próprios movimentos sociais, como apareceu, por exemplo, na *Radis*⁵⁷ (2007a, p.3), em que o controle social significa a «(...) ação organizada dos diversos segmentos da população na formulação das políticas e na decisão pública». Nesses casos, há o consenso de que o controle social está associado às lutas sociais ou, mais especificamente, conforme Gomes Silva (2003), às «(...) lutas por transparência da gestão» e «(...) maior poder de participação dos grupos menos favorecidos» na tomada de decisões e na formulação, implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas e programas sociais.

Percebe-se, portanto, que esta, como as outras formas de controle social, também não está isenta das contradições inconciliáveis típicas de uma sociedade classista. Ela está associada tanto à existência e à atuação de instituições estabelecidas ou reconhecidas oficialmente pelo Estado⁵⁸, quanto à existência de políticas públicas que a assegura. Assim, a forma simbólica do controle social popular continua sendo, como já denunciara Lima (2002, p.85), de cima pra baixo. É o capitalismo, agora globalizado, quem «(...) continua criando e reproduzindo instrumentos de controle social». A decisão do que entra ou não na agenda pública, o que e como será transformado em políticas públicas, as metas e o público a atingir não são, necessariamente, produtos exclusivos daquilo que Ortega y Gasset chamou (2002) de «reivindicações da massa», mas, em geral, produtos daquilo que Mészáros (2002) tipificou

56 A idéia de que as classes sociais ou grupos de pressão possam exercer controle social, parece-me advir da idéia original de Ross (1896, 513-535) que já preconizava a possibilidade de um grupo, uma instituição ou uma classe social exercer poder sobre os próprios membros ou sobre parte ou o todo da população. Essa idéia tem sido interpretada como a «busca de regulação de interesses dos grupos de referência», conforme Lima (2002, p. 81-82), ou dos «grupos assistidos por determinados programas ou políticas públicas». Por isso, em uma visão mais flexível, esse controle não precisa ser um contra-controle nem ao poder do Estado nem ao poder do capital. Basta, em certo sentido, ser a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados, com o objetivo, ideológico, de descentralização do poder de decisão e de recursos na prestação de serviços sociais.

57 A revista *Radis*, apesar de ser uma publicação da Fiocruz, tem feito as vezes de veículo de divulgação e promoção do controle social na saúde pública no Brasil.

58 Dentre essas instituições podemos destacar: o Ministério Público, o Judiciário, o Executivo (especialmente por meio de seus órgãos fiscais e educativos) e o Legislativo (especialmente por meio de suas Comissões Parlamentares de Inquérito), os partidos políticos, as organizações sindicais ou religiosas, as escolas, as universidades, as ordens e conselhos profissionais, as associações de grupos e de lugares.

como «pactuações capitalistas». É o caso, por exemplo, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁵⁹, lançado em março de 2004. Embora esse pacto tenha a sua importância por defender a dignidade humana da parturiente e do neonato, pode-se dizer que ele só foi lançado porque está em conformidade com a globalização dos ideais políticos de controle sobre os corpos. Não fossem as políticas internacionais lançadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO) de combate à mortalidade materna e o uso desses indicadores como crédito moral junto às organizações internacionais de comércio, o Brasil pouco teria feito por isto.

Além disto, como tem observado Lima (2002, p.79-80), o termo controle social vem sendo associado aos conceitos de avaliação e de controle operacional, ou, mais propriamente, avaliação e monitoramento. Nessa ótica, o controle social seria uma demanda da população que tem «(...) obrigado os governos a se preocupar com as formas de implementação das políticas sociais e de acompanhamento por parte dos usuários e da sociedade em geral». A ferramenta mais utilizada por essa forma simbólica de controle social tem sido o acesso à informação e à direção dos programas desenvolvidos por organizações não-governamentais e similares. E isto não é por acaso. Faz parte da própria lógica do controle social popular, por ser uma supressão neoliberal, a ideologia de que a sociedade controla as ações do Estado quando passa a assumir responsabilidades com as demandas sociais. Os meios eleitos para essa ação giram em torno da fiscalização das ações públicas, o que faz do controle social popular um controle sobre o governo, não um controle sobre o Estado ou sobre o capital, donde se destaca o seu fetichismo⁶⁰.

59 Pautado nas ações das Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Jovem, da Política Nacional de Humanização, da Secretaria de Atenção à Saúde, da Coordenação Nacional de DST/Aids e da Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS)

60 Digo fetichismo porque as suas formas concretas visam às ações do aparelho ideológico do Estado e são subsumidas sob a sua regulamentação, tais como: a) *Monitoramento Legal* das funções públicas por meios de órgãos competentes do próprio Estado movendo ações para a averiguação da situação pública em determinado setor; b) *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*, cuja origem popular ou trabalhista ligada às comissões de fábrica ou dos conselhos populares não é suficiente para caracterizá-los como contra-controle, uma vez que, na maioria dos países onde existem, como é o caso do Brasil, sua forma de atuação já é regulamentada por lei; c) *Sindicatos, Partidos Políticos, Universidades e ONGs*; d) *Monitoramento Autônomo*, cuja idéia geral, conforme o

Em suma, podemos falar de formas de controle social exercidas pelo Estado (controle social estatal), pela sociedade (controle social popular) ou pelo mercado (controle social mercantil) sobre a morte e o morrer. No entanto, mesmo sendo isto verdadeiro, não podemos restringir o controle social somente às suas relações com o exercício do poder jurídico, ou do poder estatal direto ou do poder do mercado. Pois, como preconiza Foucault (2006b), há uma série de «poderes laterais» que também exercem esse controle, tais como as instituições psicológicas e psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas, políticas de saúde, mecanismos de assistência, associações filantrópicas, patrocinadores, agências funerárias, farmacêuticas etc. Essa série de poderes constitui a indústria da morte da qual falamos antes, cujo objetivo é tanto o governo das populações quanto o dos indivíduos.

Nesse sentido, o controle sobre a forma como as pessoas morrem passa pela sua estatização, que como Foucault (1974, p.8) percebeu, pode estar associado à uma estratégia do capitalismo industrial. Ou como Boltanski (1979, p.14) defendeu, traduz o monopólio dos «atos médicos»⁶¹ sobre os moribundos, quando esse deixa de se pertencer e passa a pertencer à empresa médica. Pois, como escreveu Ghezzi (1995, p.23-24), sob a tutela institucional hospitalar existe um percurso de alienação da morte do moribundo: «(...) à medida que ele vai atingindo a sua finitude, a existência deixa de ser sua para se tornar do outro, seja da

Sistema de Gestão da Ética do Poder Executivo do governo Lula, é a de que qualquer cidadão, individualmente ou através dos seus representantes, pode acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços públicos ou privados, representando contra qualquer ato que julgue atentatório aos seus direitos.

61 Vou usar «ato médico» no mesmo sentido que foi dado à essa questão por Illich (1975, p.14, nota 9). Para ele: «O *ato médico* aparece no vocabulário da previdência social e designa uma prestação profissional codificada no quadro de uma nomenclatura de prestação de serviços que proporcionam remuneração. Na base está a introdução de um conceito financeiro, apesar de forte resistência dos médicos contrários à parcelização de sua atividade. Por extensão, tornou-se um ato que somente o médico ou outros determinados profissionais de saúde são considerados capazes de efetuar. O termo ganhou conotação jurídica: ato médico é aquele reservado, pela vontade do legislador, a certos membros autorizados das profissões sanitárias. Assim, o aborto se tornou recentemente na França um ato médico. É ato médico ainda que a previdência social não pague por ele. Nesse sentido, jurídico, continua ato médico mesmo se for realizado por pessoa não autorizada. Então é um ato ilegal e por isso sujeito a sanções previstas pela lei. A votação da lei sobre o aborto deu uma segunda definição do ato médico, ainda mais importante: a mulher resolve se o ato deve ser executado ou não; sob certas condições, previstas pela lei, o médico executa o ato sem ter o direito de decidir sobre sua necessidade. Nessa tese, emprego o termo *ato médico* para designar o conjunto de intervenções técnicas da empresa médica aos indivíduos doentes ou que poderão adoecer».

enfermagem, da equipe médica ou dos alunos». É como se a empresa médica, tomada pelo tecnicismo, interditasse relações saudáveis entre as pessoas⁶².

Trata-se de uma dimensão objetiva, fetichista, do próprio controle que essa empresa, sob a tutela do Estado capitalista, tem conseguido impor sobre os moribundos. E, enquanto fetiche dessa expropriação, a tanatocracia, ou uma burocracia da morte, é a forma mais evidente e aquela com a qual o moribundo e sua família são obrigados a conviver cotidianamente. Isso não é um mero caso ou acaso isolado, mas uma diretriz política do próprio capitalismo para a assistência aos moribundos, como Ziegler (1977, p.183) escreveu:

De agora em diante, o morto será expulso do drama que ele vive; nunca mais as suas necessidades íntimas (ou as dos seus parentes e amigos), suas reivindicações, sua vontade serão levados em conta. Importam apenas os parâmetros técnicos da conduta daqueles que têm autoridade para reger a morte do outro. O novo imperialismo médico instaura-se pela violência. Nasce uma classe de tecnocratas, dominando a morte alheia segundo normas técnicas de que ela própria possui definição e o controle.

No entanto, como mostrou Garelli (1995, p.284), esse tipo de política atua no domínio da área dos controles externos, ou da disciplina. Ou seja, trata-se do tipo de ação estatal, direta ou indireta, que ativa mecanismos coercitivos externos sobre ou contra os indivíduos. Um desses exemplos pode ser a criação de políticas de controle social sobre as formas como as pessoas morrem, por meio da propaganda e imposição da morte asséptica, cujas manifestações mais concretas são a hospitalização e os cuidados domiciliares.

Além desse controle externo, há outras ações que visam o controle interno, principalmente por meio da assimilação individual do repertório comportamental que se deseja como corrente. É, conforme penso, essa última forma de controle o que realmente se deseja quando se busca a criação de mecanismos de controle social, que precisa ser negado enquanto exploração⁶³ para poder se realizar como tal. Isto é, se a exploração tem a sua forma

62 É o que se observa mais claramente no debate sobre a «obstinação terapêutica», que o faremos oportunamente.

63 Exploração significa aqui a «(...) utilização, para fins egoístas, ou em função de adquirir capital, de uma ação ou situação», como definiu Kottow (2003, p.73).

simbólica rejeitada pelos dominados, há conflito entre dominadores e dominados. Mas, se for aceita pelos dominados, como a satisfação de uma necessidade sua, ela se dá na forma que chamamos de alienada.

O nível dos controles internos, segundo Garelli (1995, p.284), compõe o conjunto das ações estatais que ativam os mecanismos de poder para o condicionamento do indivíduo à forma de sociedade que se deseja⁶⁴. Os indivíduos aprendem não somente desejarem a assistência hospitalizada, mas a ela se submeterem docilmente. Na prática isto é obtido por meio dos reforçadores que auxiliam na construção das habilidades sociais para lidar com o próprio corpo e o corpo alheio. O que Boltanski (1979, p.146) chamou de «(...) *Código de boas maneiras* para viver com o corpo, profundamente interiorizado e comum a todos os membros de um grupo social determinado». São essas habilidades, ou código de boas maneiras, que compõem o repertório comportamental desejado pelo sistema e que permite ao indivíduo assumir como seu o próprio programa ideológico do controle social sobre a morte.

É por essa via, por exemplo, que a empresa médica tem conseguido interditar as expressões demasiadas de dor⁶⁵, mesmo quando ela é inevitável, seja por meio de avaliações psíquicas como histéricas, impróprias ou descontroladas, seja pelo uso de analgésicos não opióides, adjuvantes ou de opióides (fracos ou fortes). Como essa interdição acontece sob a tutela ideológica de que isto é o melhor para o moribundo, ela vem ao encontro da tese de Illich (1975) de que a empresa médica tem sido expropriadora da dor e do sofrimento. Há uma medida para senti-la e outra para expressá-la.

Nesse sentido, a interdição da dor e do sofrimento, principalmente em ambiente hospitalar, busca, como aparece em Foucault (2001), estabelecer uma relação docilidade-

64 Uma dessas vias pode ser a escolarização, da qual Illich (1971) falou, o que explicaria o porquê de, segundo Boltanski (1979, p.145), quanto mais as pessoas são escolarizadas, mais dependentes do sistema médico: «(...) os membros das classes superiores, que estiveram mais tempo na escola, estão por isso mesmo, mais dispostos a reconhecer a legitimidade da ciência médica e do médico».

65 O conceito de dor usado mundialmente hoje é o da *International Association for the Study of Pain* (2008) que afirma ser a dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Este conceito admite que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido.

utilidade calcada na obediência aos rituais, ao tempo e aos locais. Ela é a própria disciplina e o controle da forma como as pessoas lidam com o sofrimento nas sociedades contemporâneas. Não uma lei⁶⁶, mas uma norma⁶⁷, visto que não deriva de um ato administrativo, mas do discurso sobre o que é natural fazer, como uma imposição da própria vontade individual, uma ética⁶⁸ e uma estética⁶⁹ da morte. Desse modo, a Biopolítica pode até criar leis, como é o caso da positivação dos direitos sociais dos moribundos, mas essa é apenas a sua manifestação, seu fetichismo, como um «dispositivo de poder» sobre a população. Assim, percebe-se que o controle social sobre os moribundos tem duas dimensões, conforme Foucault (2006d): o governo das populações e o governo pela individualização.

Enquanto disciplina e controle sobre as formas como as pessoas morrem e lidam com a morte, a Biopolítica cria a norma, que vira o normal e divide – por meio da instituição de mecanismos de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da epidemiologia, da higiene, da vigilância sanitária, da dieta, da medicação, da natalidade e da morbidade – a população em saudável/normal e doente/patológica. Cria-se um pensamento medicalizado, ou um modo de perceber as coisas que se organiza em torno da normalidade e da anormalidade, cujo objetivo não é o de punir os indivíduos, mas o de transformá-los (ou conformá-los); uma verdadeira engenharia comportamental⁷⁰. Desse modo, a supressão da morte sob a tutela do Estado precisa ser também um desejo do moribundo, que assimilou no seu repertório comportamental o ato de sempre pedir para não sentir dor, de

66 Não se deve confundir disciplina com lei, pois, ao passo que a lei fala em lícito e ilícito, a disciplina, enquanto normalização, fala em normal e anormal.

67 A questão da norma no vocabulário de Foucault aparece, na década de setenta, no sentido de ser uma regra natural, estranha ao discurso jurídico da lei e ligada à disciplina. As disciplinas, na passagem do século XVIII e até início do século XIX, definiram, nas palavras de Foucault (2006b, p.189) uma nova forma de poder, ou «(...) um código que não será o da lei mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico». Com isto, «somato-poder» e norma se encontram na mesma «ruptura acontecimental»: o nascimento da clínica.

68 No sentido de determinar o que é certo ou errado fazer nessa hora ou com os cadáveres.

69 No sentido do que é belo ou feio, o como o corpo deve ser velado e sepultado.

70 O que não quer dizer que inexistam conflitos, apenas que eles foram diminuídos, visto que os dominados aprenderam a desejar o mesmo que aqueles que lhes dominam desejam.

morrer sem sofrimento, fazendo desse tipo de morte, aos moldes da morte epicuréia sem dor física (*aponía*) e sem sofrimento psíquico (*ataraxía*), a forma simbólica da boa morte.

Entretanto, significar a Biopolítica como a forma que o Estado encontrou para exercer controle sobre o «somato-poder», por meio da estatização da vida e da morte, não pode ser uma teoria unilateral de que o poder se exerce sempre de cima para baixo. Como fenômeno inerente ao estatismo, a Biopolítica é rica em contradições, de tal modo que contempla também as exigências das lutas sociais em defesa da boa morte. Ela não é somente um conjunto de práticas políticas ou de uma tanatocracia, mas igualmente a afirmação da morte e do morrer como uma forma de poder, o que seria assumido como o lugar da emergência de um contra-poder.

A morte, como contra-poder pode ter as mais diversas origens, historicamente determinadas. No âmbito do controle social exercido pela empresa médica, por exemplo, o contra-poder tem a sua origem naquilo que Boltanski (1979, p.14) chamou de «exercício ilegal da Medicina». No seu texto, ele deixa entrever que o controle social da Medicina sobre os doentes encontra algumas barreiras na existência dos conhecimentos da Medicina popular e na sua difusão. Desse modo, «(...) o médico não pode nunca negligenciar a existência desse conhecimento e de práticas médicas ilegais com as quais ele está permanentemente sendo confrontado». E, por mais que o deseje, e assim ateste a sua história, como uma luta contra as práticas médicas populares, a empresa médica é obrigada a conviver com essa forma de contra-poder:

Tudo se passa portanto como se os médicos estivessem longe de deter hoje em dia o monopólio da atividade médica, como se uma alta proporção de atos médicos, das múltiplas ações empreendidas com o fim de curar fossem praticadas por não-médicos fora da vista e do controle médicos (BOLTANSKI, 1979, p.15).

Justamente por isto, a prática médica oficial procura suprasumir o exercício ilegal da Medicina como uma prática complementar. Boltanski (1979, p.17), como representante desse *desideratum*, chega a projetar uma relação de dependência dessa prática à oficial. Essa

relação reserva à Medicina popular uma dimensão espacial na qual ela é livre para acontecer de forma domada: o âmbito domiciliar⁷¹. Além disto, Boltanski (1979, p.22-28) lhe credita o mérito da mera imitação, segundo o qual a Medicina popular não passaria de uma imitação da Medicina oficial, gerada a partir da convivência com práticas médicas tanto dos antepassados quanto dos contemporâneos, permitindo a criação de habilidades sociais para lidar com a doença. Assim, não haveria um saber específico da Medicina popular, mas uma má-apropriação do saber médico oficial, cujas razões históricas, sociais e psicológicas podem até ser justificadas, mas não poderiam, segundo ele, ser reforçadas.

Ora, sendo isto verdadeiro, a consideração que fazemos da Medicina popular como uma espécie de contra-poder ao monopólio do «ato médico» pode ser questionada. Mas, é óbvio que a principal razão de considerarmos a Medicina popular como uma forma de contra-poder não é a simples oposição ao saber da Medicina oficial. É, antes de tudo, a sua capacidade de libertar o indivíduo da dependência da empresa médica ou de ativar mecanismos de contra-poderes entre os capitais em concorrência⁷². Por exemplo, quando o enfermeiro ou o farmacêutico prescreve, e isto passa a ser validado pelo usuário, está em jogo uma relação de poder: enfermeiros e farmacêuticos contra o monopólio médico. Quando se pratica a auto-medicação, apesar dos riscos que isto envolve, pratica-se igualmente tanto a difusão livre do saber médico (repertório de *sintomas* x repertório de *doenças* x repertório de remédios) quanto o enfraquecimento dessa empresa, ao menos na forma do monopólio direto. De fato não haveria a produção de um contra-saber médico, mas de um contra-poder, oriundo do próprio assujeitamento. Por isto, de um ponto de vista ele é poder, mas, por outro, é contra-poder, o que nos revela que, assim como o poder, o contra-poder não é um fenômeno puro, estagnado, mas pautado por inúmeras contradições.

Outra origem do contra-poder seria a espiritualidade, ou mais precisamente, a

71 Com essa redução espacial Boltanski (1979) desloca o foco da atenção da Medicina popular para a Medicina familiar, procurando-nos fazer acreditar que a Medicina popular não é outra coisa senão a forma como o grupo familiar enfrenta os seus problemas de acesso à saúde.

72 Entende-se por isto os diferentes segmentos da economia que lutam por fatias de lucro.

liberdade individual de dispor da própria morte como forma de testemunhar o ideal de não temer perder a vida. Essa postura pode minar, como já aparecera em Sófocles (1999), as bases do poder de dispor sobre a vida e a morte. Quando Antígona deixa de temer a morte, ela se liberta de qualquer ameaça que possa ser gerada a partir do poder do tirano Creonte:

Não te direi mais nada, mesmo se quisesses ajudar, a mim não me trarias nenhum prazer. Age como te parece melhor; a esse eu enterrarei. Se ao fazê-lo tiver que morrer, que bela morte será! Amada repousarei com ele, com meu amado, criminosamente pura, por mais tempo (SÓFOCLES, 1999, p.11, #70)

E, deixando de temer a morte, ela solapa o fundamento daquela forma de poder, visto que a morte, ou a possibilidade de condenar alguém à morte, aparece em muitos governos como a base de controle sobre a população ou os indivíduos. Pois, em certo sentido, há uma vocação geral entre os tiranos, não importa a época, para decidir sobre a vida e a morte dos seus súditos, como bem mostraram os casos Terri Schiavo e Vicent Humbert, nos EUA e França, respectivamente⁷³. Seja a Corte Americana, seja o Presidente francês, ambos estão instituídos com uma espécie de *baculum supremo*, cujo poder, se pretende, alcança o domínio da morte.

- Caso Terri Schiavo

O primeiro caso se refere à morte de Theresa Marie Schindler Schiavo. Ele é, sem dúvida, um exemplo de como o Estado contemporâneo tem vocação autoritária para exercer papel interventor junto às formas de morte, em especial quando o moribundo se encontra hospitalizado. E, mais ainda, quando esse moribundo ou seu responsável legal, diante do novo aparato tecnológico e político, não pode se esquivar de pensar na decisão de como gerenciar a sua morte, visto que, como lembra Pessini (2001), as pessoas hoje se vêem confrontadas com o poder de decidir como querem morrer e em que situações vale a pena ser mantido vivo.

⁷³ Esses casos são os mais recentes que despertaram a atenção da mídia internacional, mas, na década de setenta houve, nos EUA, o caso Ann Quilan, e, na década de noventa, o caso Nancy Cruzan.

De acordo com o relato de Caplan & McCartney & Sisti (2006), Schiavo sofrera no início dos anos noventa um ataque cardíaco que resultou em falta de oxigenação do cérebro, e, como consequência, uma lesão cerebral irreversível. Uma vez que manifestara ocasionalmente sua vontade ao marido de não ser mantida viva por meios artificiais, caso isto lhe viesse a ocorrer, diante do seu quadro clínico, o marido pediu que o tubo de alimentação fosse removido.

Fotografia 01: Terri Schiavo antes e durante estado vegetativo permanente



Fonte: FPRA, 2006

Esse pedido gerou uma disputa entre o marido, Michael, e os pais de Terri, Mary e Robert Schindler, que começou no hospital, passou por diversas Cortes e terminou, novamente, no hospital, envolvendo igrejas, setores da sociedade civil organizada e o Estado. Por um lado, discutia-se quem tinha a guarda legal da moribunda, por outro, se a assistência médica americana poderia concordar com aquele ato. Ao lado do marido estava a equipe médica; ao lado da família, grupos americanos *pro-life*, com suas vigílias em frente às instituições decisórias.

Após transcorridos os recursos e feitos longos testes que comprovaram não somente a ausência de consciência, como também a perda de massa encefálica, a sonda que a

alimentava foi removida. No outro dia, 19 de março de 2005, o Congresso Americano aprovou uma lei permitindo aos seus pais abrirem o caso contra o Estado no Tribunal Federal. Após negações da Corte de Apelações do 11º Circuito em Atlanta/Geórgia e da Suprema Corte americana, os pais desistiram. Terri morreu de inanição e desidratação, treze dias depois, aos 41 anos, dos quais quinze em estado vegetativo permanente⁷⁴. A sua morte chamou a atenção do mundo inteiro para o controle que o Estado tem para decidir sobre a vida e a morte.

- Caso Vincent Humbert

O segundo caso, na França, se refere ao bombeiro voluntário, Vincent Humbert, de 20 anos, que sofreu um grave acidente automobilístico em uma estrada francesa, em 2000. Durante nove meses ele ficou em coma, até ser constatado que havia ficado tetraplégico, cego e surdo. Seu único movimento comunicativo era uma leve pressão com o polegar direito. Por seu intermédio, ele solicitava à sua mãe e aos médicos que lhe praticassem a eutanásia, como forma de terminar com aquele sofrimento, segundo o qual era insuportável. Apesar do apoio de sua mãe, mas devido à ilegalidade do ato na França, os médicos se recusaram a realizá-la.

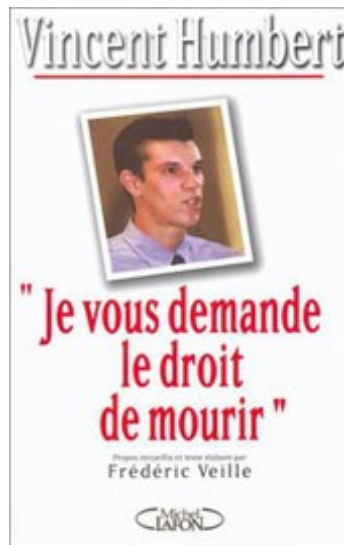
Diante dessa recusa, ele chegou a fazer um apelo ao presidente francês da época, Jacques Chirac, para que, dado a sua prerrogativa de indultar criminosos, isentasse de culpa os médicos ou quem quer que o matasse por compaixão. A resposta de Chirac, conforme noticiada em vários jornais da época e registrada pelo próprio Humbert (2003), foi negativa e, até certo ponto, cínica, dizendo que ele deveria retomar o gosto pela vida⁷⁵. No entanto, apesar dessa interdição, em 24 de novembro de 2003, a mãe de Humbert ajudou-o a morrer,

74 Estado vegetativo permanente [*Permanent vegetative state*] é um transtorno funcional decorrente do estado vegetativo persistente [*Persistent vegetative state*]. Enquanto o persistente se estende do passado ao presente sem prognóstico fechado, o permanente é irreversível (PESSINI, 2001, p.112, nota 2).

75 O argumento que está por trás dessa resposta é: as pessoas buscam a eutanásia porque perderam o sentido da vida. Quando Vincent Humbert encontrar um sentido para a vida, esquecerá a eutanásia. O erro moral e político desse argumento consiste na recusa à aceitação de que desejar a eutanásia possa ser justamente o sentido que o moribundo encontrou para a vida. Pois, esse tipo de sentido é interditado pela política francesa contemporânea de assistência aos moribundos, bem como da maioria dos estados americanos e outros países do mundo.

administrando-lhe alta dose de barbitúricos por meio da sonda gástrica. Três dias depois, ele entrou em coma profundo e irreversível, até ter seus aparelhos desligados, por decisão *ilegal* do chefe da equipe, Dr. Chaussoy.

Fotografia 02: Vincent Humbert: capa do livro com sua história



Fonte: Foto sobre capa do livro, 2007.

Atualmente, o médico e a mãe, apesar do apoio de 88% da população francesa, respondem a processo público e correm o risco de serem punidos com a prisão perpétua.

Diante desses dois casos, pode-se afirmar que o princípio de que o moribundo precisa da proteção do Estado tem repercutido diretamente sobre a garantia da dignidade humana dos moribundos. Até que ponto um moribundo pode ser expropriado da sua morte sem ser atentado em sua dignidade? Até que ponto ele pode ser assistido sem ser privado de realizar os seus rituais de despedidas, aproveitar das vantagens psíquicas e sociais que esse evento patrocina?

As respostas nos levam à compreensão da Biopolítica como uma *nêmesis*⁷⁶, pois, a expropriação da morte é geradora das contradições inerentes às políticas de assistência aos

76 No vocabulário ático (grego clássico), *nêmesis* pode ser usado em um sentido muito particular de justiça: aquela justiça que é feita sobre os homens na forma de bênção ou maldição. Assim, a ambiguidade da *nêmesis* é saber se ela é um carma ou um darma. E mais, como justiça de cima para baixo, os julgados não a escolheram, nem tomaram parte no tribunal que a decidiu, o que a faz, em certo sentido, sê-la uma herança (bendita ou maldita).

moribundos no Estado capitalista contemporâneo. Por um lado, ela produz controle sobre as formas como as pessoas morrem quando tuteladas pelo ato médico⁷⁷, fazendo com que a expropriação da morte seja, como atestou Boltanski (1979, p.13-14), uma disputa com as outras formas de controle social sobre a saúde dos indivíduos. Por outro lado, ela também produz controle sobre o tanatopoder na forma do ato jurídico, visto que, como produto das lutas sociais em favor da boa morte, o aparato jurídico disputa com a empresa médica as diretrizes morais acerca dos limites das tecnologias de saúde e da autonomia dos moribundos, como atesta Möller (2007, p.95):

O uso inapropriado e excessivo das tecnologias aplicadas ao tratamento médico de pacientes em estágio terminal, acarretando o prolongamento de um final de vida penoso (com freqüência, para além do que seria o desejado pelo próprio doente, desprezando seu direito ao exercício da autonomia), vem conformando a idéia e a necessidade da afirmação da existência de um direito a morrer de forma digna. A expressão 'direito à morte' ou 'direito à morte digna' já pode ser encontrada em estudos sobre fim da vida que buscam diálogo entre diferentes áreas do conhecimento, tais como a medicina, a ética e o direito. Os defensores do direito a morrer-se com dignidade, de um modo geral, estão vislumbrando a situação do paciente terminal que é exposto a tratamentos que apenas prorrogam o momento da sua morte, não lhe trazendo benefícios, mas tão-somente dor e sofrimento – não desejando esses autores, com freqüência, estender essa defesa à prática da eutanásia (ativa). O morrer com dignidade, assim, costuma relacionar-se com a idéia de morrer em paz, com integridade física e espiritual, ou ainda, de morrer no momento certo, com conforto e alívio do sofrimento.

Justamente por isto, pode ainda inferir que o contra-poder tem origem na própria natureza do capitalismo de ser um sistema eminentemente em concorrência. Isto é, a permanência dos capitais em concorrência faz com que no próprio seio das sociedades capitalistas, as empresas disputem entre si o domínio do lucro e o controle do mercado. Desse modo, a empresa médica tem que disputar com outras indústrias a maior fatia de lucro. Nesse

77 Boltanski (1979, p.135, nota 11) mostra como a própria relação terapêutica vem tornando a relação profissional x paciente uma relação assimétrica e de dependência: «(...) um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto; o doente nu, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que se sente, que estenda as pernas, pare de respirar ou tussa. Ora, os médicos freqüentemente acompanham essas manipulações físicas com uma série de manipulações morais que, embora exercidas clandestinamente, fazem apelo a técnicas de manipulação aprovadas e semi-racionalizadas e que todas visam a obrigar o doente a reconhecer a autoridade do médico, desapossando-o de sua doença e até mesmo, de certa maneira, de seu corpo e suas sensações».

contexto, a necessidade de disciplinar as relações de poder que se constroem em torno das disputas pelo lucro da indústria da morte, revela a vocação intervencionista do Estado capitalista contemporâneo sobre esse fenômeno.

Mas essa disputa não é de todo inconciliável ou, pelo menos, não são retas paralelas sem algum ponto em comum. Se, no atual contexto da Medicina social, o sistema jurídico e o sistema médico disputam o controle das relações de poder; por meio da concessão de direitos sociais aos moribundos eles se encontram. Trata-se de uma supressão realizada pelo neoliberalismo, que tem criado consumidores em detrimento de qualquer outra categoria social. Nela, a disciplina e a soberania, a norma e a lei se encontram transformando os moribundos em pessoas portadoras de direitos sociais. Com isto, a assistência social, garantida por meio do aparato estatal, é ao mesmo tempo jurídica e médica, que atende tanto a interesses de soberania, quanto de disciplina, na forma de controle sobre o tanatopoder.

b) A Biopolítica como estudo do controle social sobre o tanatopoder

O outro sentido que cai sob o conceito de Biopolítica é o de ser o estudo do controle social sobre o tanatopoder. Isso o torna um modelo teórico-explicativo para subsumir as realidades concretas, nas quais as formas como as pessoas morrem e lidam com a morte são expropriadas pelo Estado capitalista contemporâneo. Esse sentido implica a análise histórica do quadro da racionalidade política, no qual as políticas de assistência aos moribundos se tornaram problemáticas, tanto o Estado social, quanto no Estado neoliberal. Contudo, é importante observar que para Foucault (1997, p.91), a gênese da Biopolítica se assenta sobre o nascimento do liberalismo; e este não parte da existência do Estado, mas da sociedade: «(...) a reflexão liberal não parte da existência do Estado, encontrando no governo um meio de atingir essa finalidade que ele seria para si mesmo; mas da sociedade que vem a estar numa relação complexa de exterioridade e de interioridade em relação ao Estado». Assim, o foco da reflexão não é a existência ou não do Estado, mas a sua capacidade de ativar mecanismos de

mediação e controle da população a serviço do capital.

É preciso, portanto, analisar alguns pontos desse controle, tais como: as ações direta e indireta do exercício do poder, as políticas de exclusão e inclusão dos moribundos, o governo das populações e o dos indivíduos, bem como a expropriação da morte. Isto porque, uma das faces do controle social sobre os moribundos é o exercício do poder para a criação de populações nas quais os moribundos possam ser inseridos. Essa inserção se dá de duas formas, de acordo com Basaglia (1971): na forma da criação de uma população à parte da sociedade, criando uma sociedade *de* moribundos, que corresponde ao estágio da exclusão; e na forma da criação de uma população na qual os moribundos têm participação efetiva, criando uma sociedade *com* moribundos, que corresponde ao estágio da inclusão.

Pode-se afirmar, portanto, que as políticas sociais de assistência aos moribundos, sob a lógica de que eles precisam da proteção do Estado, são transformadas em políticas de proteção aos moribundos, diversificadas conforme as determinações históricas nas quais elas são organizadas: excludentes ou includentes. Mas, como fazer uma análise das relações de poder que têm como foco o moribundo, e nas quais ele mesmo é parte envolvida, ao lado dos capitais em concorrência, da empresa médica, da indústria da morte, do Estado autoritário⁷⁸, da família burguesa contemporânea, mediadas pelas políticas de assistência aos moribundos?

Na década de sessenta, o método escolhido por Foucault para fazer as suas primeiras investigações sobre a questão das relações de poder ficou conhecido como arqueologia. Arqueologia é, antes de tudo, um método filosófico que, como tal, difere do método histórico por ser mais amplo, já que reúne diferentes dimensões: filosófica, econômica, científica, política. Nesse sentido, a arqueologia ajuda a compreender a realidade

⁷⁸ Estado autoritário [*Autoritärer Staat*] é uma categoria norteadora importante para o meu discurso, mas a sua determinação conceitual não é fácil. Suas múltiplas determinações históricas exigem dos teóricos dessa forma Estado, uma dinâmica dialética para acompanhá-lo nas suas mais diversas formas, que vão desde o totalitarismo autoritário dos regimes mais tiranos, até as formas mais contemporâneas do totalitarismo neoliberal. Tomo como base aqui a definição elaborada por autores como Adorno & Horkheimer (1985), Engels (2005), Foucault (2006b; 2006d), Garelli (1995), Gudín (1965), Horkheimer (1980), Lênin (2007), Marx (2005), Marx & Engels (2001), Mészáros (2002), Ortega Y Gasset (2002), Silva (2000), Thompson (2002) e Wolf (1995), para os quais o Estado autoritário se caracteriza, predominantemente, pelo exercício do seu papel intervencionista sobre todas as dimensões da vida da população.

tomada em uma dimensão recortada, ou como atesta Revel (2005, p.16): «(...) Ao invés de estudar a história das idéias em sua evolução, ele se concentra sobre recortes históricos precisos...». Ou seja, enquanto método filosófico, a arqueologia está preocupada com as condições que permitiram a gênese dos discursos do saber de determinado período, como, por exemplo, quais foram as condições que permitiram o surgimento do saber clínico.

Em *As palavras e as coisas* ele procura esclarecer como a arqueologia está associada ao mesmo tempo, tanto à noção de origem, como à noção de presente: o método não procura os traços que estão presos ao passado, mas aqueles que explicam porque somos o que somos no presente a partir daquele «princípio» [*archè*]. Essa extensão do «princípio» até nosso presente nos dá os fundamentos da noção de «atualidade», que passa a ser compreendida tanto como a história na qual nos inserimos, como uma singularidade ou uma «ruptura acontecimental», bem como a comunidade da qual fazemos parte. Esse método tem uma importância capital para o estudo dessas rupturas porque ressignifica a noção de «arquivo», que passa a ser compreendido por Foucault (2005, p.95) da seguinte forma:

Chamarei de *arquivo* não a totalidade de textos que foram conservados por uma civilização, nem o conjunto de traços que puderam ser salvos de seu desastre, mas o jogo das regras que, numa cultura, determinam o aparecimento e o desaparecimento de enunciados, sua permanência e seu apagamento, sua existência paradoxal de *acontecimento* e de *coisas*. Analisar os fatos de discurso no elemento geral do arquivo é considerá-los não absolutamente como *documentos* (de uma significação escondida ou de uma regra de construção), mas como *monumentos*: é – fora de qualquer metáfora geológica, sem nenhum assinalamento de origem, sem o menor gesto na direção do começo de uma *archè* – fazer o que poderíamos chamar, conforme os direitos lúdicos da etimologia, de alguma coisa como uma *arqueologia*.

Desse modo, os «arquivos» são um prolongamento do passado ao presente, eles representam, nas palavras de Revel (2005, p.18): «(...) o conjunto dos discursos efetivamente pronunciados numa dada época e que continuam a existir através da história». Assim, a arqueologia de Foucault não é uma leitura horizontal do passado, mas uma leitura vertical, que nos insere em uma determinada tradição de saber. Essa inserção, a partir da década de setenta, receberá o nome de genealogia em completa substituição à arqueologia da década

anterior, mas não mudará o trato dado aos «arquivos» como a busca pela compreensão das suas regras, das suas práticas e das condições de seus funcionamentos. E, mesmo que Foucault passe a utilizar outras fontes, digamos mais subjetivas⁷⁹, a função dada por ele aos «arquivos» não será menosprezada.

A grande mudança da arqueologia para a genealogia está associada ao paradigma metodológico de Foucault, não às suas fontes de investigação⁸⁰. Se antes ele estava ligado ao que se conhece como «plano discursivo», agora se volta para uma «dinastia do saber»⁸¹. Por «plano discursivo», Foucault (2006c) deixa a entender, por um lado, a «ordem do discurso» própria de cada período particular, marcada por suas cisões historicamente determinadas, que exerce função reguladora e normativa. Por outro lado, Foucault (2003) deixa também

79 A partir da década de setenta, Foucault se aproximará da dimensão mais subjetiva nas suas análises, como aparece em *Pierre Rivière*, de 1973, em *L'impossible prison*, de 1978 e em *Le désordre des familles*, já na década de oitenta, 1982. Nessas obras, Foucault se entregará ao domínio do gosto ou do que ele chama de «estranhos poemas», em que adota a postura de que suas obras não devem ser lidas como um livro de história. Em *A vida dos homens infames* ele é taxativo: «Este não é um livro de história. A escolha que nele se encontrará não seguiu outra regra mais importante do que meu gosto, meu prazer, uma emoção» (FOUCAULT, 2006a, p.203).

80 É de observar-se que essa guinada metodológica para Foucault passa pela âmbito da «experimentação». E esta é importante porque distingue a mera especulação teórica positivista ou empirista, da genealogia propriamente dita: somente quando somos tocados em nossa experiência, nossas problematizações podem ser consideradas genuínas. No entanto, não podemos confundir a genealogia, enquanto um método de investigação, com mera descrição subjetiva ou autobiográfica de como percebemos um problema. Ao contrário, como atesta Revel (2005, p.47-49), quando Foucault propõe que a experiência deve ser partilhada, de que outros são convidados a tomar para si coletivamente a mesma experiência, ele está rompendo com o solipsismo e transformando-a em um conceito político, como aparecerá em expressões do tipo: «experiência de lutas», «experiência de sublevação». Desse modo, três são os domínios onde fazer uma genealogia é possível: a) o «domínio da ontologia histórica de nós mesmos em nossas relações com a verdade», chamado de «eixo da verdade», cujas obras capitais são *Nascimento da clínica* e *As palavras e as coisas*; b) o «domínio do poder que podemos exercer sobre nós mesmos e sobre os outros», chamado de «eixo do poder», cuja obra capital é *Vigiar e punir*; e, c) o «domínio do poder que podemos exercer sobre a moral e que nos permite tornarmo-nos seres éticos», chamado de «eixo moral», cuja obra capital é *História da sexualidade*.

81 Sobre esta passagem do «plano discursivo» para a «dinastia do saber» escreveu Revel (2005, p.38): «(...) a arqueologia foucaultiana dos discursos não é apenas uma análise lingüística, mas uma interrogação sobre as condições de emergência de dispositivos discursivos que sustentam práticas (como em *História da Loucura*) ou as engendram (como em *As Palavras e as Coisas* ou em *A arqueologia do Saber*). Nesse sentido, Foucault substitui o par saussureano língua/fala por duas oposições que ele faz funcionar alternativamente: o par discurso/linguagem, no qual o discurso é, paradoxalmente, o que é retinente à ordem da linguagem em geral (é, por exemplo, o caso do 'esoterismo estrutural' de Raymond Roussel) e é preciso notar que o próprio Foucault anulará essa oposição, intitulado sua aula inaugural no Collège de France como *A Ordem do Discurso*, em 1971; e o par discurso/fala, no qual o discurso se torna o eco lingüístico da articulação entre saber e poder, e no qual a fala como instância subjetiva, encarna, ao contrário, uma prática de resistência à 'objetivação discursiva'».

significar as «marcas discursivas», ou as «(...) leis de funcionamento independentes da natureza e das condições de enunciação» dos proferimentos lingüísticos, mais voltadas para a semântica e a sintaxe dos textos. Este último sentido cederá lugar ao primeiro. E, por «dinastia do saber», se compreende a virada metodológica no vocabulário de Foucault⁸² em que se acentua a análise da relação existente entre os grandes tipos de discursos e as condições históricas, econômicas e políticas do seu aparecimento. Nesse sentido, a análise sintaxe-semântica é preterida por uma análise pragmática do discurso, em que o seu contexto de enunciação passa a ser a razão principal para a compreensão do seu conteúdo proposicional.

Foucault (2005, p.260-281) procura, portanto, aproximar-se das pesquisas nietzscheanas sobre a moral, principalmente as autobiográficas. Trata-se da leitura da genealogia como algo que tanto é uma pesquisa histórica⁸³, porque busca a singularidade dos acontecimentos⁸⁴, marcada pela visão não teleológica, contrária à meta-história ou à unicidade da narrativa histórica, bem como uma análise desses acontecimentos à luz da atualidade⁸⁵. Ou, nas palavras de Foucault (2006b, p.171), a genealogia é o «(...) acoplamento do conhecimento

82 O próprio Foucault explica essa virada, numa entrevista de 1972 a Hasumi, publicada sob o título *De l'archéologie à la dynastique*.

83 Não é claro, portanto objeto de dissenso, o que é história ou pesquisa histórica para Foucault. Vou adotar aqui a compreensão de história como aparece a partir dessa virada metodológica da arqueologia para a genealogia. História como a crítica à visão contínua da história, bem como, a crítica à história monumental, à supra-história, tal como aparece em *Retornar à história*. Nesse sentido, a história é o reencontro com a descontinuidade e o acontecimento, a singularidade e os acasos, «(...) uma multiplicidade de durações que se emaranham e se envolvem umas nas outras...» (FOUCAULT, 2005, p.293). É a história como o eco do passado no presente. A história que lança mão dos arquivos para construir diversas histórias pequenas, esquecidas.

84 «Acontecimento» é pensado aqui, com base no vocabulário de Foucault (2006b, p.1-14), como as determinações históricas complexas que se opõem à idéia de estrutura: «(...) é preciso entendê-lo não como uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas como uma relação de forças que se inverte, um poder coisificado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se amplia e se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada» (FOUCAULT, 2005, p.272-273).

85 É preciso compreender a dimensão que Foucault (2005, p.260-281) dá ao método genealógico como uma anti-ciência. No meu entender, o estatuto epistemológico que tal método nega não é o mesmo defendido por autores como Santayana(1955) ou Feyerabend (1975), de um anarquismo metodológico. Antes, a anti-ciência que a genealogia se pretende é a de ser anti-positivista e anti-empirista. Isto porque Foucault (2006b, p.167-177) anuncia a volta do olhar para os saberes locais, que foram negligenciados pela hermenêutica positivista-empirista, e lhes dá o estatuto de saber. Assim a genealogia é um método reacionário, contrário à ordem estabelecida pelo discurso científico dominante, que não questiona somente o que é ou não científico, mas também, toda forma de poder.

com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais». Ou, ainda, é uma questão de saber «(...) quais são os dispositivos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade»(*idem*, p.174).

Essa abordagem considera que as ações estatais são ao mesmo tempo intervenções sobre a dignidade humana dos moribundos e mediações entre os capitais em concorrência (empresa médica, indústria farmacêutica, indústria jurídica etc). Isso exige a tarefa de relacionar os acontecimentos discursivos, conhecidos também como saberes locais, com os acontecimentos de naturezas econômicas, sociais, políticas e institucionais, como articulações orgânicas, historicamente determinadas. Relação essa entre a natureza do Estado e a sua função, apresentada não como uma relação de dependência da superestrutura à estrutura, mas uma relação de oposição e interdependência, o que me leva ao encontro de algumas teses de Marx, pelo menos na formulação que Farias (1999, p.27) fez da análise do Estado:

(...) O Estado representativo moderno é um ser social situado no tempo e no espaço; é rico em determinações; trata-se de uma totalidade concreta, complexa e contraditória. Para analisar a natureza e o papel do Estado no seio do capitalismo, recusa-se o funcionalismo que reduz o ser social estatal a sua ação sobre a base econômica e técnica. Pois não se pode jamais ignorar que estes elementos só se tornam plenamente verdadeiros e reais como relações orgânicas. Nesta recíproca interação, supõe-se, evidentemente, a primazia ontológica da natureza do Estado sobre o seu papel (isto é, de sua forma sobre sua função).

Em outras palavras, a relação entre os saberes locais e as relações de poder não pode ser meramente da ordem da lógica ou da estrutura, mas também da ordem da história, da «acontecimentalização». Isto é, da tomada de consciência das «rupturas da evidência introduzidas por alguns fatos», o que é coerente com a lei dialética dos saltos. Ou, na linguagem marxista, produto de condições históricas cuja validade permanece estrita a tais condições e dentro dos seus limites, o que nos dá uma visão das ações estatais muito mais ampla do que a redução da sua natureza à «luta de classes», como apontou Farias (1999, p. 28):

Contrariamente aos autores que reduzem a questão da natureza do Estado aos

conflitos de classe, é a partir do trabalho num contexto mercantil desenvolvido que se deve apreender a emergência e a constituição do Estado como forma social concreta, complexa e contraditória. Trata-se de uma forma que é autônoma relativamente à base, pois dispõe dos meios de existência na sua esfera particular, separada das outras formas da sociedade capitalista, para assumir nesta um papel teleológico e reificado.

Somente assim pode-se evitar fazer uma metafísica do Estado, desconsiderando os Estados reais existentes⁸⁶. E, por outro lado, reduzir-se a uma análise fetichista ou casuística dessas ações, ignorando a totalidade dos acontecimentos. Isso me leva a postular que, tanto na ótica de Foucault (2006b, p.5), quanto na de Marx (2001a, p.7), é preciso saber o que o acontecimento representa, visto ser este apenas uma «abstração racional». E comportando nesta tarefa a ação de comparar o abstraído, por analogia, com outras dimensões da realidade que não foram isoladas, saber o que ele representa é devolver ao fenômeno a explicação que foi teorizada, de modo que possa explicá-lo ou torná-lo mais claro. Pois, estudar um fenômeno é, nessa dupla abordagem, restituí-lo a um conjunto de relações que se estende paulatinamente ao seu universo, de modo que é preciso determinar as suas causas próximas ou longínquas, discernindo entre elas quais são as mais essenciais. Dizer o que um acontecimento representa tem que gerar uma convicção plausível a quem ouve a explicação. Plausível o suficiente para que convença o auditório de que ela é verdadeira; que, de fato, as coisas podem ser realmente assim.

Na qualidade de «abstração racional», a questão da relação orgânica entre a natureza da morte e a natureza do Estado só pode ser compreendida como aquilo que Marx (2001a, p.15) chamou de «categoria», seja simples ou complexa⁸⁷, ou, a partir daquilo que

86 A esse respeito Farias (1999, p.28) escreveu: «O Estado é um movimento de totalização e de concretização que se situa no tempo e no espaço; é um silogismo e se compõe de três termos: a forma-Estado (generalidade), a forma de Estado (particularidade) e a forma do Estado (singularidade). Ora, o próprio silogismo do Estado é a unidade de três silogismos, de sorte que o movimento do pensamento só pode exprimir o 'grande silogismo' do Estado caso considere cada uma das categorias forma-Estado, forma de Estado e forma do Estado como mediadora entre as duas outras».

87 De acordo com Marx (2001a, p.16): «(...) as categorias simples são expressão de relações nas quais o concreto menos desenvolvido pode já ter-se realizado sem estabelecer ainda a relação ou o vínculo mais multilateral expresso teoricamente na categoria mais complexa».

Foucault (2006b, p.1-14) chamou de «representação dos acontecimentos»⁸⁸. Tais acontecimentos só serão suficientemente categorizados ou bem representados quando tratados do mais simples ao mais complexo, do vínculo mais unilateral ao multilateral, como escreveu Marx (2001a, p.13):

Seja como for, não deixa de ser verdade que as categorias simples são expressão de relações nas quais o concreto menos desenvolvido pode já ter-se realizado sem estabelecer ainda a relação ou o vínculo mais multilateral expresso teoricamente na categoria mais correta; esta categoria simples pode substituir como relação secundária quando a entidade concreta se encontra mais desenvolvida. O dinheiro pode existir, e de fato existiu historicamente, antes do capital, dos bancos, do trabalho assalariado, etc.; deste ponto de vista pode afirmar-se que a categoria mais simples pode exprimir relações dominantes de um todo não desenvolvido, ou relações secundárias de um todo mais desenvolvido, relações essas que já existiam historicamente antes de o todo se ter desenvolvido no sentido expresso por uma categoria mais concreta. Só então o percurso do pensamento abstrato, que se eleva do simples ao complexo, poderia corresponder ao processo histórico real.

Fosse porque acreditasse, como Pascal (2007, p.19), que o agir metódico impõe nomes às coisas, «(...) para abreviar o discurso e não para diminuir ou mudar a idéia das coisas sobre as quais discorrem», ou então porque partilhasse da desconfiança de Bacon (2005, p.35), para quem se as noções são «(...) confusas ou temerariamente abstraídas das coisas, nada que delas depende pode pretender solidez», o fato é que Marx (2001a, p.15) considerava o fazer científico como a atividade de fazer passar do «mundo vivido», o «concreto vivido», ao «mundo do pensamento», o «concreto pensado», o «real». Essa passagem é mediada pela «categoria», produto do trabalho intelectual de apreensão da realidade:

Assim, para a consistência filosófica - que considera que o pensamento que concebe é o homem real, e que, portanto, o mundo só é real quando concebido - para esta consciência, é o movimento das categorias que lhe aparece com um verdadeiro ato de produção (o qual recebe do exterior um pequeno impulso, coisa que esta consciência só muito a contra gosto admite) que produz o mundo. Isto é exato (embora aqui nos vamos encontrar com uma nova tautologia), na medida em que a

⁸⁸ Na presente investigação, os acontecimentos que representam essa relação são a medicalização da morte, o estabelecimento da empresa médica, a falta de leitos nos hospitais, a ausência de critérios para seleção de leitos, a obstinação terapêutica, a criação dos direitos sociais dos moribundos, etc.

totalidade concreta, enquanto totalidade do pensamento, enquanto concreto do pensamento é *in fact* um produto do pensamento, do ato de conceber; não é de modo nenhum, porém, produto do conceito que pensa e se gera a si próprio e que atua fora e acima da intuição e da representação; pelo contrário, é um produto do trabalho de elaboração, que transforma a intuição e a representação em conceitos. O todo, tal como aparece na mente como um todo pensamento, é produto da mente que pensa e se apropria do mundo do único modo que lhe é possível; modo que difere completamente da apropriação desse mundo na arte, na religião, no espírito prático. O sujeito real conserva a sua autonomia fora da mente, antes e depois, pelo menos durante o tempo em que o cérebro se comporte de maneira puramente especulativa, teórica. Por consequência, também no método teórico é necessário que o sujeito - a sociedade - esteja constantemente presente na representação como ponto de partida.

Em primeiro lugar, segundo Marx (2001a, p.21) – o mais simples – as «categorias» «(...) constituem a articulação interna da sociedade burguesa», e, por conseguinte, de todas as outras sociedades por aproximação e diferença. Elas têm a função de fazer passar à fala o «concreto», que é síntese de múltiplas determinações como um «concreto pensado»:

Os economistas do século XVII, por exemplo, começam sempre pelo todo vivo: a população, a nação, o Estado, vários Estados, etc; mas terminam sempre por descobrir, por meio da análise, certo número de relações gerais abstratas que são determinantes, tais como a divisão do trabalho, o dinheiro, o valor, etc. Esses elementos isolados, uma vez mais ou menos fixados e abstraídos, dão origem aos sistemas econômicos, que se elevam do simples, tal como trabalho, divisão do trabalho, necessidade, valor de troca, até o Estado, a troca entre nações e o mercado mundial. O último método é manifestamente o método cientificamente exato. (...) Por isso o concreto aparece no pensamento como processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação. No primeiro método, a representação plena volatiliza-se em determinações abstratas, no segundo, as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto por meio do pensamento. Por isso é que Hegel caiu na ilusão de conceber o real como resultado do pensamento que se sintetiza em si, se aprofunda em si, e se move por si mesmo; enquanto que o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado. Mas este não é de modo nenhum o processo da gênese do próprio concreto. A mais simples categoria econômica, suponhamos, por exemplo, o valor de troca, pressupõe a população, uma população produzindo em determinadas condições e também certos tipos de famílias, de comunidades ou Estados. O valor de troca nunca poderia existir de outro modo senão como relação unilateral, abstrata de um todo vivo e concreto já dado» (MARX, 2001a, p.14-15).

Justamente por se apresentar como um «concreto pensado», a compreensão

proposicional das «categorias», até mesmo das mais abstratas, depende do seu contexto conceitual. Ou, mais especificamente, uma «categoria» é sempre «(...) produto de condições históricas e só são plenamente válidas para estas condições e dentro dos seus limites» (*idem*, 2001a, p.18). Desta forma, a pragmática marxiana se afasta completamente do semantismo da gramática positivista cujo propósito tem sido o de descrever o mundo sobre um «(...) concurso suficiente de observações adequadas», como queria Comte (2006b, p.19). Ao contrário, em Marx (2006, p.120), como já tinha sido denunciado na undécima tese contra Feuerbach, a serventia da filosofia deve deixar de ser simplesmente a interpretação do mundo para se prestar à sua transformação. O que nos leva a postular que ele compreende as categorias científicas, ou o discurso científico para ser mais exato, como aquilo que Austin (1962) chamou de «atos de fala»⁸⁹.

Dito isto, pode-se perguntar: quais categorias são suficientemente bem elaboradas para dar conta da complexidade e da multilateralidade que o fenômeno da relação orgânica entre o Estado e a morte representa? Quais delas podem satisfazer as condições do ato locucionário e comportar o conteúdo proposicional que o sentido demanda? Quais delas podem claramente dar conta da problematização da morte como uma questão política?

A resposta a essas perguntas não pode ser *extra locuta*, mas inerente ao próprio discurso que aqui se estabelece e se abstrai. Ora, o que se abstrai aqui aproxima essa investigação, enquanto Biopolítica, do que se nomeia como avaliação política de uma política. E isto significa, de acordo com Arretche (2001), uma reflexão que conduz à crítica da própria política que se avalia. Ao que Silva e Silva (2001) acrescentou que se trata de uma

⁸⁹ Isto é mais do que a simples opção pela teoria do significado como uso, como defende, por exemplo, Wittgenstein (2005, p.38, #43), para quem o significado de uma palavra é o seu uso em determinado contexto. O que não significa que não seja uma simpatia pela pragmática, para a qual, de acordo com Marcondes (2005, p. 10-12), o significado não deve ser entendido como algo fixo e determinado, na qualidade de uma propriedade imanente à palavra, mas sim como a função que as expressões lingüísticas exercem em contextos específicos e com objetivos específicos. O significado pode, por conseguinte, variar dependendo do contexto em que a palavra é utilizada e do propósito deste uso. Pois as palavras não são utilizadas primordialmente para descrever a realidade, como a semântica tradicional e os positivistas pareciam supor, mas para realizar algum objetivo como fazer um pedido, dar uma ordem, fazer uma saudação, agradecer, contar anedotas, ou, como disse Foucault (2006b), para exercer poder.

investigação avaliativa centrada na fase da formulação da política, ou dos processos historicamente determinados que levaram a isto. Ou então, na ótica de Shulha & Cousins (1997), trata-se de uma prática avaliativa que abarca as questões e as disputas relativas à definição dos interesses prioritários e do escopo do Estado, à competição eleitoral, ao controle das interações intergovernamentais e à busca de acomodação de forças e de interesses no âmbito intraburocrático, entre outras. Em suma, trata-se da emissão de um juízo de valor sobre as questões relacionadas às disputas de poder e às lutas sociais que levaram à formulação de uma determinada política, em um contexto historicamente determinado. Afinal, ao desempenhar função social, as políticas públicas não são simplesmente pensadas como intervenções dessa ou daquela forma de Estado, mas também como meios de garantir essa ou aquela conquista da classe trabalhadora. Elas repousam sobre realizações concretas que são historicamente marcadas por conflitos de classes.

Justamente por isto, como tem alertado Silva e Silva (2000, p.28), somente uma análise que considere as políticas sociais no seu conjunto, tanto como ação do Estado quanto produto das lutas sociais, pode-se libertar da visão imatura ou da postura de mera denúncia que caracterizou durante muito tempo, e ainda tem caracterizado, a literatura sobre a política social brasileira. Isso vai ao encontro das observações de Farias (2001, p.40-43), para quem deve-se recuperar a tese de que o Estado tem papel mediador entre as classes sociais⁹⁰, como queria Engels (2005, p.119); entre os capitais em concorrência, como disse Marx (2005, p. 876), bem como entre o capitalismo e o socialismo, de acordo com Marx & Engels (2001d, p. 16).

Nesse sentido, a avaliação política de uma política, como mecanismo de análise do tanatopoder dentro do horizonte da Biopolítica, não é uma simples opção metodológica. Mais do que isto, constitui-se essencialmente em uma necessidade da própria realidade pesquisada,

90 «O Estado assume um papel mediador, no sentido de que participa da resolução das contradições entre os indivíduos mercantis simples, bem como entre capitalistas e trabalhadores assalariados (nos níveis do capital produtivo individual e do capital social). No sentido de que participa também na resolução da contradição entre capitalistas em concorrência (no nível dos capitais numerosos)» (FARIAS, 1999, p.40).

in essentia rem. Como defende Silva e Silva (2001, p.20), «(...) o político deve ser reintroduzido na avaliação de políticas sociais, de forma explícita, de maneira a permitir uma racionalidade que seja não somente planificadora, gestora ou técnica». Ela é, por natureza, uma estratégia de análise crítica das estruturas do poder, do papel que o Estado desempenha. Do contrário, como já tinha alertado Marx (2001a, p.14), a nossa reflexão pode vir a ser um pensar insuficiente, uma atividade que não atende ao movimento dialético de considerar o todo a partir da parte, e esta desde este:

Ao estudarmos um determinado país do ponto de vista da sua economia política, começamos por analisar a sua população, a divisão desta em classes, a cidade, o campo, o mar, os diferentes ramos da produção, a exportação e a importação, a produção e o consumo anuais, os preços das mercadorias, etc. Parece correto começar pelo real e o concreto, pelo que se supõe efetivo; por exemplo, na economia, partir da população, que constitui a base e o sujeito do ato social da produção no seu conjunto. Contudo, a um exame mais atento, tal revela-se falso. A população é uma abstração quando, por exemplo, deixamos de lado as classes de que se compõe. Por sua vez, estas classes serão uma palavra oca se ignorarmos os elementos em que se baseiam, por exemplo, o trabalho assalariado, o capital, etc. Estes últimos supõem a troca, a divisão do trabalho, os preços, etc. O capital, por exemplo, não é nada sem o trabalho assalariado, sem o valor, sem o dinheiro, sem os preços, etc. Por conseguinte, se começássemos simplesmente pela população, teríamos uma visão caótica do conjunto. Por uma análise cada vez mais precisa chegaríamos a representações cada vez mais simples; do concreto inicialmente representado passaríamos a abstrações progressivamente mais sutis até alcançarmos as determinações mais simples. Aqui chegados, teríamos que empreender a viagem de regresso até encontrarmos de novo a população – desta vez não teríamos uma idéia caótica de todo, mas uma rica totalidade com múltiplas determinações e relações (MARX, 2001a, p.14).

Disto se postula que fazer uma avaliação das políticas de assistência aos moribundos, não é simplesmente elaborar uma história das mentalidades sobre a morte e o morrer, pois, meu interesse não recai somente sobre a análise das atitudes e dos esquemas de comportamento relacionados à forma como as pessoas morrem e lidam com a morte. Tampouco significa elaborar uma história das idéias sobre a morte e o morrer, porque meu interesse não recai somente sobre a análise dos sistemas de representação, que subjazem aos discursos e aos comportamentos relacionados à morte e ao morrer. Fazer, portanto, *uma* avaliação das políticas públicas voltadas para a morte e o morrer, significa investigar quais são

os seus mecanismos de dominação ou que tipo de mecanismo de dominação elas são enquanto dispositivos de poder. Verifica-se, portanto, aquilo que Foucault (2006b, 244) chamou de o «todo social discursivo e não-discursivo», o «dito» e o «não-dito». Que, por sua vez, satisfaz as condições da lei da interação universal da dialética marxiana, para a qual deve-se admitir uma inter-relação entre todos os fenômenos, não importa de que natureza, como o elemento que lhes dá sentido e inteligibilidade. Ou, como disse Marx (2001a, p.14), trata-se da lei de que «Existe uma interação de todos estes elementos: isto é próprio de um todo orgânico».

O meu interesse recai, principalmente, sobre a análise dos objetos, das regras de ação ou dos modos de relação, interrogando a forma singular, historicamente determinada, de como a morte se tornou uma questão política. É a própria problematização das «relações de poder»⁹¹ em torno das formas como as pessoas morrem e lidam com a morte, pois, não posso simplesmente pressupor uma relação orgânica entre Estado e morte, sem considerar igualmente que essa relação seja histórica, marcada por múltiplas determinações. Como disse Marx (2001a, p.14): «O concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações e, por isso, é a unidade do diverso».

Nesse sentido, minhas estratégias metodológicas, para fazer justiça à avaliação política, implicam a compreensão do Estado que alimenta tais políticas e por elas é alimentado, como assegura Silva e Silva (1999, p.29). Seja para saber até que ponto elas são um modelo explicativo, que suprassume as formas de controle social eclesiásticas típicas das sociedades pré-industriais sobre a morte e o morrer; seja para saber até que ponto elas são um modelo explicativo que suprassume os interesses sociais como forma de controle da população e dos indivíduos, tanto por meio dos controles externos, quanto dos controles internos. Isso nos coloca, segundo Silva e Silva (1999, p.29), em meio aos modelos menos recorrentes de avaliação das políticas sociais:

91 Por «relações de poder», tal como Foucault (2006b), supõe-se a existência de condições historicamente determinadas de ações de poder de uns sobre os outros. Ou seja, o poder não é compreendido aqui na sua forma coisificada, mas dinâmica, dispersa na sociedade, nas suas mais diversas formas. Aliás, falar em poder pode, inclusive, em certo sentido, ser incoerente com essa proposta teórico-metodológica. Assim, não se investiga *o que é* o poder, mas *como* acontecem as relações de poder em certa singularidade historicamente determinada.

Outras explicações, menos recorrentes, para justificar as políticas sociais, expressam a necessidade de normatização da vida social, domesticando, sobretudo, as camadas sociais subordinadas através da disseminação de um modo de vida considerado apropriado pelas classes dirigentes; o interesse das burocracias de alargar sua esfera de poder e aumentar sua visibilidade, o que se faria através das políticas governamentais; demandas de grupos organizados que dão origem a políticas voltadas para o atendimento de suas necessidades.

Sendo isto verdadeiro, essa pesquisa possui algumas limitações. Não posso simplesmente estudar a morte como um problema político, sem remetê-la a uma realidade política determinada. E também porque a morte como um problema político não é uma abstração da complexidade na qual o fenômeno acontece, mas apenas a universalidade do fenômeno. Ou seja, já é a minha conclusão. O que, de acordo com a lei da supressão, ela retrocede dialeticamente ao começo, como disse Marx (2001a, p.16). E, não se pode retroceder ao começo, sem passar pela lei dos contrários. Pois a supressão de um fenômeno integra os opostos em luta, gerando um acúmulo quantitativo que, pela lei dos saltos, se transforma qualitativamente em algo mais complexo do que a simples soma das partes anteriores. Trata-se de uma articulação dialética entre algo que se pressupõe e algo que precisa ser posto à prova, mediado por uma realidade empírica na qual ambas as tarefas, a da pressuposição e a da provação, devam ser investigadas.

Nessa perspectiva, acredito que somente uma análise que considere a Biopolítica no seu conjunto – tanto como ação intervencionista do Estado quanto produto das lutas sociais – pode ser coerente com a realidade. Afinal, como escreveu Lênin (2007), o Estado é o produto e a manifestação de um antagonismo inconciliável de classes. O que, de acordo com Farias (2001), significa que capital e Estado estão dialeticamente articulados, de modo que se pode afirmar que as mudanças ocorridas na forma de organização do capital repercute nas formas como o Estado se apresenta. E, sendo o Estado o principal interventor sobre as formas de morte, conclui-se que as mudanças na forma de organização do capital repercutem diretamente na forma de assistência aos moribundos. Da dialética entre capital e Estado nascem as formas de assistência aos moribundos. Logo, quando o Estado formula e

implementa políticas públicas revela, por um lado, a existência desse conflito de classes e, por outro, a de que esse conflito tem sido inconciliável sem a sua presença.

Com base nesse raciocínio, passei a acrescentar ao significado de Biopolítica o de ser também uma abordagem teórico-metodológica sobre as disposições de poder e de contra-poder, dispensadas para o controle das relações de poder em torno das formas de morte na sociedade capitalista ocidental cristã. Essa mediação são os direitos sociais dos moribundos, como forma abstraída dessa relação orgânica entre Estado e morte, cuja demonstração silogística apresento-a no próximo capítulo.

3 O SILOGISMO DA MORTE: relação orgânica entre o Estado e a morte

Até onde sei, não sou o primeiro a propor o estudo do controle social sobre a forma como as pessoas morrem, sob o prisma da relação orgânica entre o Estado e a morte, mediada pela concessão de garantias sociais; mas, apenas, o de propô-lo de forma explícita. Ou seja, a dar sistematicidade teórico-metodológica ao significado de que a relação organicamente articulada entre a natureza da morte e a natureza do Estado capitalista culmina na mercantilização da morte. De modo implícito, encontramos em vários outros autores a construção dessa relação. Vou considerar, a título de ilustração, apenas três dentre os autores que são mais citados nos estudos de Tanatologia crítica: Ariès, Elias e Illich.

Em 1975, quando Ariès publicou *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*⁹², ele procurou, pelo menos, desenvolver uma relação dialética entre a forma morte e a forma sociedade, mediada pela forma da morte e forma da sociedade. Observa-se isto na ilustração⁹³ que ele fez das atitudes diante da morte; ao mesmo tempo que falou delas relacionou-as a períodos históricos e sociedades historicamente determinadas:

a) a primeira atitude, no singular, mais antiga e mais longa, corresponde às sociedades antiga e medieval da Alta Idade Média. Para Ariès (2003, p.64), nessas sociedades prevalecia a «(...) resignação ao destino coletivo da espécie e pode se resumir na seguinte fórmula: *et moriemur*, morremos todos»;

b) a segunda, que ele localizou na Baixa Idade Média, a partir do século XII, refere-se à tomada de consciência da morte de si mesmo, ou da tomada de consciência da individualidade da morte;

c) a terceira, mais contemporânea, refere-se já à sociedade industrial, a partir do século XVIII, e tem como característica principal a valorização da morte do outro, por meio de

92 Tenho usado aqui a tradução brasileira de 2003, sob o título *História da morte no ocidente*.

93 Para usar palavras do próprio autor (Cf ARIÈS, 2003, p.64).

gestos e rituais que exaltavam os sentimentos de forma «impressionante e arrebatadora», culminando no culto aos cemitérios dos séculos XIX e XX; e,

d) a quarta, bastante difusa nos países capitalistas centrais, já no século XX, tem criado mecanismos de interdição da morte, transformando-a em pornografia a ser ocultada. Pode-se mesmo dizer que a primeira definição de Ariès para tais atitudes é a de preencherem a função silogística da universalidade.

Essa função silogística⁹⁴ fica mais clara quando se compreende o papel que Ariès (2003, p.78) atribuiu às suas tipologias: o de trazer à fala fenômenos que «(...) foram praticamente os mesmos em toda a civilização ocidental». Isto porque as «(...) transformações do homem diante da morte são extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade» (ARIÈS, 2003, p.20). Ora, para um mentalista⁹⁵ como Ariès (2003, p.46), existem fatos de mentalidade que podem ser agrupados em períodos, por meio daquilo que ele chamou de «vulgata da morte». Essa vulgata se refere, no plano geral, a uma atitude diante da morte, dominante em uma civilização ou em uma época histórica. Desse modo, a forma morte corresponde, em Ariès (2003, p.25), àquilo que ele chamou de «(...)

94 Como função silogística, o argumento que a preenche deve, necessariamente, satisfazer condições de continuidade e descontinuidade. Isso porque a passagem de uma totalidade à outra raramente é um movimento abrupto, já que isso é típico das revoluções, mas também não é uma inércia social. A maioria dessas passagens é algo lento e quase imperceptível. Esse é o caso, por exemplo, da descrição que Ariès (2003, p.84) fez da passagem da morte domada para a morte interdita. Naquela narrativa, as atitudes diante da morte foram descritas em processo de continuidade, no sentido de longos períodos de imobilidade (ARIÈS, 2003, p.20), em que «(...) a atitude diante da morte mudou, porém de forma tão lenta que os contemporâneos não deram conta» (ARIÈS, 2003, p.84). E isto porque «(...) o tempo que as separa ultrapassa o de várias gerações e excede a capacidade da memória coletiva» (ARIÈS, 2003, p.21). Esse último pode ser ilustrado com o período que vem desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX. E por descontinuidade compreende-se a «(...) revolução brutal das idéias e dos sentimentos tradicionais», em que a «(...) morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer» (ARIÈS, 2003, p.84).

95 Chamo Ariès de mentalista por duas razões. A primeira, porque ele mesmo se considera um estudioso das mentalidades, crendo em uma história das mentalidades, e depois porque, tendencioso para a psicanálise, ele acredita que existam mesmo eventos mentais aos quais o pesquisador social possa ter acesso. Nesse sentido, embora escreva que pretende estudar as «(...) atitudes diante da morte em nossas culturas cristãs ocidentais» (ARIÈS, 2003, p.14), o que ele busca, na verdade, é capturar a «(...) expressão inconsciente de uma sensibilidade coletiva» (ARIÈS, 2003, p.21). Isto faz do seu trabalho, até certo ponto, uma obra psicanalítica, o que vai-se tornar bastante evidente na longa atenção que ele dedica à relação entre Eros e Tânatos e à sua fundamentação freudiana.

fatos de mentalidade que se situam em um *longo período*».

Pode-se observar isto mais diretamente no discurso que ele fez sobre as atitudes diante da morte nas «sociedades pré-industriais» e «industriais»⁹⁶.

Para a forma «sociedade pré-industrial» corresponde a «morte domada»⁹⁷, que se realiza, sobretudo, na forma de morte que é exaltada pelos mais antigos romances medievais e nas formas das mortes dos cavaleiros da gesta. Os principais elementos conceituais dessa forma são, na ótica de Ariès (2003):

a) a *advertência*, porque é anunciada na qualidade de ser sentida ou advertida pelo *nuncius mortis*⁹⁸:

Começamos pela morte domada. Perguntemo-nos primeiro como morriam os cavaleiros da gesta ou dos mais antigos romances medievais.

Primeiramente, são advertidos. Não se morre sem ter tido tempo de saber que se vai morrer. Ou se trataria da morte terrível, como a peste ou a morte súbita, que deveria ser apresentada como excepcional, não sendo mencionada. Normalmente, portanto, o homem era advertido (ARIÈS, 2003, p.27).

b) a *naturalidade*, porque é encarada como um fenômeno natural da vida, uma vez que não se tratava de uma premonição sobrenatural ou mágica, mas produto de uma

96 A dinâmica «sociedade pré-industrial» e «sociedade industrial» aparece no pensamento de Ariès (2003) como um marco divisório das atitudes perante a morte. Por «sociedade industrial» ele significa as sociedades que fizeram a sua «revolução industrial», reorganizando a estrutura social em torno do bem-estar e da produtividade fabril. Por «sociedades pré-industriais» concebe tanto as sociedades existentes antes da industrialização quanto as que estão fora desse processo. As primeiras são aquelas que se colocam historicamente anteriores ao desenvolvimento industrial, cobrindo especialmente o período cavaleiresco, que prevaleceu durante toda a Alta Idade Média e início da modernidade; teria chegado até a «(...) França racionalista e positivista, ou romântica e exaltada, do século XIX» (ARIÈS, 2003, p.30). As outras, como aquelas que se colocam geograficamente fora da industrialização, algo que «(...) reencontramos ainda em nossos dias, ao menos como uma sobrevivência, no interior das sociedades industriais» (ARIÈS, 2003, p.28).

97 A «morte domada», enquanto forma morte da «sociedade pré-industrial», é, portanto, a caracterização da atitude «(...) segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro» (ARIÈS, 2003, p.36). Essa tipificação, ainda na ótica de Ariès, não quer dizer que a morte foi domesticada, mas o seu contrário, que ela se tornou selvagem, amedrontadora, sendo interdita lingüística e socialmente.

98 Por *nuncius mortis* compreende-se um ministério criado pela igreja cristã, no final da idade média, para que a morte não fosse privada do moribundo, cuja desenvoltura cabia ao médico. Esse anúncio daria tempo ao moribundo para viver a sua morte. Entenda-se por isso, o conjunto de rituais escolhidos por ele para preparar a sua despedida, o que incluía atividades físicas, econômicas, políticas, sociais, culturais e, especialmente, religiosas.

«convicção íntima»:

Observemos que o aviso era dado por signos naturais ou, ainda com maior frequência, por uma convicção íntima, mais do que por uma premonição sobrenatural ou mágica. (...) Algo de estranho tanto ao maravilhoso quanto à piedade cristã: o reconhecimento espontâneo (ARIÈS, 2003, p.27-28).

c) a *gerência*, porque tem no comando o próprio moribundo que a preside e conhece seu protocolo, ou pelo menos o tem como personagem principal, assistido pelo médico, padre ou algum dos amigos: «Assim disposto, o moribundo pode cumprir os últimos atos do cerimonial tradicional» (ARIÈS, 2003, p.32). E mais adiante:

(...) a morte é uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo. Se viesse a esquecer ou a blefar, caberia aos assistentes, ao médico, ou ao padre trazê-lo de volta a uma ordem, ao mesmo tempo cristã e tradicional (ARIÈS, 2003, p.34).

d) a *simplicidade*, porque é vivenciada de forma simples sem muito alarde, e mesmo quando estão presentes os elementos do choro e do desespero, eles fazem parte do ritual de despedida, já que era, segundo Ariès (2003, p.27), «(...) algo de muito simples e que atravessa as idades». Ou, mais especificamente: «Sabendo de seu fim próximo, o moribundo tomava suas providências. E tudo vai ser feito muito simplesmente (...) gestos rituais que devem ser feitos quando se vai morrer» (ARIÈS, 2003, p.31). Essa é, segundo Ariès (2003, p. 35), a característica mais importante: «(...) a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, evidentemente, mas em caráter dramático ou gestos de emoção excessivos»; e,

e) a *publicidade*: porque é um evento público, como uma cerimônia pública e organizada na qual os ritos são aceitos e cumpridos: «Tratava-se também de uma cerimônia pública. O quarto do moribundo transformava-se, então, em lugar público, onde se entrava livremente. (...) Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes» (ARIÈS, 2003, p.34).

Isto tudo faz com que, para muitos autores, essa forma morte passe a ser desejada

como a forma de morte ideal, chegando às vezes a ser confundida com a própria idéia de boa morte. Logo, a «morte domada» era, antes de tudo, a morte esperada no leito, bem como uma cerimônia pública e organizada na qual os ritos eram aceitos e cumpridos, tendo no comando o próprio moribundo que a preside e conhece seu protocolo, assistido pelo médico, padre ou algum dos amigos, conforme observamos na gravura seguinte, do século XIV:

Gravura 01: A boa morte nas *Ars moriendi*:



Fonte: Bocard (1493, p.133).

Contudo, ela não deve ser confundida com a «morte domiciliar», uma vez que a primeira satisfaz uma condição lógica, a segunda, uma condição espacial ou uma aproximação teórica com a primeira. Morrer em casa, no seu quarto, cercado dos seus pode ser uma ilustração da «morte domada», do mesmo modo que há outras ilustrações, como a forma da morte do Rei Arthur, cujo leito de morte é o campo aberto. Neves (2004, p.62-64) parece corroborar com a tese de Ariès (2003, p.28) no tocante a «(...) reencontramos ainda em nossos dias, ao menos como uma sobrevivência, no interior das sociedades industriais» a «morte domada». Mas, ela chamou a atenção para os perigos de equacionar *morte domada* = *morte domiciliar* = *boa morte*, uma vez que o moribundo pode ser privado da sua própria morte, mesmo em ambiente domiciliar, quando tem de vivê-la resignadamente e no mais absoluto silêncio sobre o assunto:

No entanto, levar o moribundo para casa transcorre sob o jugo da contenção dos sentimentos e emoções, em razão de que a família busca pôr a salvo o doente das implicações de sua doença e, quando se trata do 'câncer', os membros da família se sentem pouco à vontade para fazer referência ao que lhe acomete. Neste sentido, os comentários com o doente buscam dissimular a contradição e proximidade com a morte. Os familiares fazem um julgamento da capacidade de reação do doente, escolhendo 'não contar a verdade'... (NEVES, 2004, p.63).

O contrário da «morte domada» é a «morte terrível» ou a «morte súbita» [*mors precipua*], quando o moribundo não tem tempo de se preparar para a morte, o que o torna espiritualmente ameaçado, como divulgara as *Ars moriendi*. Sobre essa morte as pessoas têm se recusado a falar honestamente, negando-a ou expondo-a de forma sensacionalista, dando razão a Pascal⁹⁹ (2007, p.99), segundo o qual para se viver feliz com a morte é preciso não pensar nela: «Como os homens não conseguiram evitar a morte, a miséria, a ignorância, perceberam que, para serem felizes, não deveriam pensar nisso». Assim, de acordo com Ariès (2003), se para a forma «sociedade pré-industrial» corresponde a «morte domada», para a forma «sociedade industrial» corresponde aquela que ele chamou de «morte interdita».

A origem histórica da «morte interdita» nos remete à descoberta nos países capitalistas centrais europeus, das primeiras regras de higiene, ainda no século XVIII. Nessa época, de acordo com o testemunho de Ariès (2003, p.34), em nome da higiene, os médicos passaram a expulsar o excesso de pessoas no quarto dos agonizantes:

O quarto do moribundo transformava-se, então, em lugar público, onde se entrava livremente. Os médicos do fim do século XVIII, que descobriram as primeiras regras de higiene, queixavam-se do excesso de pessoas no quarto dos agonizantes. Ainda no começo do século XIX, os passantes que encontravam na rua o pequeno cortejo do padre levando o viático, acompanhavam-no, entrando, em seguida, no quarto do doente.

Isto porque a forma médica de assistência aos moribundos já se consolidava como controle social sobre os corpos, fazendo com que, de espetáculo público, o morrer tornasse-se

99 Cito Pascal como ilustração de todos aqueles teóricos que preconizam o interdito da morte como a outra face de um emudecimento sobre o assunto, o que nas palavras de Ariès (2003, p.27) corresponde à idéia de que a morte passou a ser vista como algo «(...) que deveria ser apresentada como excepcional, não sendo mencionada». Daqui se diz que do interdito lingüístico, segue o interdito social na forma da morte obscena.

um evento solitário no qual o moribundo seria privado ou espoliado da sua morte, perdendo o suposto poder de dirigi-la. O seu antigo aliado, o *nuncius mortis*, desapareceu, dando lugar a um silêncio preenchido por profissionais que não sabem lidar nem com o anúncio da morte, nem com a esperança; seja porque não têm recebido preparação, seja porque não têm interesse, o fato é que não conseguem mais se comunicar com os seus pacientes. Desse modo, criou-se uma cultura médica monologal, produzida pelas formas simbólicas do cientificismo capitalista (o iluminismo e o mecanicismo). Isso me leva a postular que a articulação que Ariès estabeleceu entre a morte e a sociedade é mediada por suas determinações históricas: as mentalidades e as instituições sociais que disputam o monopólio sobre o controle das representações sociais sobre a morte e o morrer¹⁰⁰.

Além de Ariès, encontramos também em Elias esse pressuposto de uma relação entre as formas de morte e as formas de Estado, em especial por meio da sua obra *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, de 1982¹⁰¹. Diria até que, da mesma forma que Ariès (2003) ele também conduz a sua investigação, de forma velada, pelo silogismo dialético. Nessa obra ele apontou para a existência de uma lei comum a todos os grupos sociais: a «lei de proteção contra a aniquilação», ou «lei da sobrevivência».

Para Elias (2001, p.10), essa lei é a função central de todas as tribos e Estados que já existiram ou existem: «Durante milênios essa foi uma função central de grupos humanos como tribos e Estados, permanecendo uma função importante até nossos dias». Assim, a subserviência a essa lei ou, para ser mais preciso, a sua aceitação resignada, está na base das teorias sócio-antropológicas que têm procurado interpretar as atitudes perante a morte das «antigas sociedades» e, no caso de Ariès (2003, p.47), também nas «sociedades pré-

100 Apesar de não ser a sua preocupação, mas uma questão de fundo, Ariès (2003, p.83) reconhece que sem uma transformação econômica na base dessas relações nada disso seria possível: «Não seria mais conveniente considerar os caracteres da evolução sócio-econômica no século XIX? Mais do que a religião, seria então a taxa de industrialização e de urbanização que interviriam. As atitudes funerárias neobarrocas teriam sido desenvolvidas em culturas nas quais, mesmo nas médias e grandes cidades, as influências rurais persistiram e não foram apagadas pelo crescimento econômico menos rápido. Fica colocada a questão (...)» (ARIÈS, 2003, p. 83).

101 Usarei uma tradução brasileira de 2001, sob o título *A solidão dos moribundos*.

industriais» e «industriais», como uma «(...) solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida devia sempre transpor».

A crença nessa lei primitiva, segundo Elias, pressupõe uma forma Estado, que estaria no bojo de toda e qualquer organização estatal singular; que cada uma dessas formas singulares seria, ela mesma, uma forma Estado, quando realizada na sua concretude. E, por não ser uma realidade metafísica¹⁰², cada forma dessa, em sua singularidade, é uma realidade historicamente determinada, composta por idéias e ritos comuns, pois, «(...) idéias e ritos comuns unem pessoas; no caso de serem divergentes, separam grupos» (ELIAS, 2001, p.12). Tais ritos diferenciam tanto os «grupos humanos» entre si, quanto o «grupo humano» do grupo «não-humano», para usar uma expressão de Singer (1995), que apesar de terem em comum a mesma lei (a sobrevivência), tiveram que ativar pelo aprendizado até mesmo as suas «disposições inatas». Desse modo, para Elias (2001, p.11), o aprendizado tornou-se a segunda lei comum às comunidades dos humanos e a condição para a realização da primeira.

Com a morte não tem sido diferente. Apesar de ser uma «disposição natural» dos animais, humanos ou não, a morte, ou mais precisamente, o «conhecimento da morte», que para Elias (2001, p.11) é restrito aos humanos¹⁰³, teve de passar pelo processo de aprendizagem: «Ela é variável e específica segundo os grupos; não importa quão natural e imutável possa parecer aos membros de cada sociedade particular: foi aprendida»¹⁰⁴. O que

102 No sentido de afastada da matéria.

103 Isto faz de Elias um especista, visto que ele elege o comportamento humano como o único digno de ser classificado como manifestação de uma consciência da morte: «Entre as muitas criaturas que morrem na Terra, a morte constitui um problema só para os seres humanos» (ELIAS, 2001, p.10). Ou mais especificamente, a crença de que «Na verdade não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos» (ELIAS, 2001, p.11), e que, somente os humanos têm esse conhecimento. Os demais animais, nessa ótica especista, nada sabem da morte, da de sua cria ou de sua própria. Os seres humanos sabem, e assim a morte se torna um problema para eles. No entanto, o que Elias (2001, p.10-11) preconizou sobre o aprendizado dos humanos, apesar do seu especismo, é um princípio que já está presente também nas teses behavioristas, que têm defendido que todos os comportamentos, sem distinção entre «animais humanos» e «infra-humanos», são apreendidos mediante as alterações que as mudanças no ambiente causam nos organismos (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

104 Quando Elias (2001, p.11) diz que a aprendizagem é a segunda natureza do ser humano e que o lidar com a morte e o morrer é um processo que precisa ser apreendido, pode ser interpretado como: a forma de lidarmos com a morte e o morrer depende das nossas habilidades sociais. Isto é, toda sociedade possui um repertório de comportamentos, codificado, para ser usado socialmente de forma aceitável ou que garanta a sobrevivência do

tem sido necessário para a «ontogênese»¹⁰⁵ do indivíduo em cada grupo social particular ao qual pertença, já que a experiência de morte, tal como os «(...) meios de comunicação ou padrões de coerção podem diferir de sociedade para sociedade». Desse modo, na ótica de Elias (2001, p.11), as determinações históricas da morte estão associadas diretamente às crenças que as pessoas têm na superação da morte e ao que elas são capazes de fazer por tais crenças.

Dentre as maneiras mais comuns, ele destacou três formas¹⁰⁶:

a) a forma mais antiga e comum, que consiste naquilo que ele chamou de «mitologia» corresponde, não exclusivamente, às «sociedades pré-capitalistas», cuja principal característica é a de que o «(...) fim da vida, que chamamos morte, pode ser mitologizado pela idéia de uma outra vida no Hades ou no Valhalla, no inferno ou no Paraíso» (ELIAS, 2001, p. 7);

b) a forma recalcada, que consiste em uma espécie de negação da morte, tanto no nível da «filogênese»¹⁰⁷, quanto no nível da «ontogênese» tem como principal característica procurar «(...) evitar a idéia de morte afastando-a de nós tanto quanto possível – encobrimo e reprimindo a idéia indesejada – ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade» (ELIAS, 2001, p.7). Essa forma corresponde, em suas palavras, à tendência das «sociedades avançadas de nossos dias»; e,

c) aquela forma que encara a morte como um fato da nossa existência, como uma etapa natural do processo de existir, cuja principal característica, nas palavras de Elias (2001, p.7), é a consciência de preparar e preparar-se para a despedida dos seres humanos.

Aqui estaria uma construção silogística articulando as formas de lidar com a

grupo. Cada indivíduo deve apreender os comportamentos que compõem esse repertório como garantia de que será aceito no grupo.

105 «Ontogênese» é o «(...) desenvolvimento ou curso da história de aprendizagem de um organismo» (TEIXEIRA JUNIOR; OLIVEIRA DE SOUZA, 2006, p.51)

106 Note-se que, para Elias, nenhuma dessas formas é exclusiva ou excludente, apesar de articular e caracterizar aquilo que ele chama de «época», bem como estarem associadas a formas de crenças bem determinadas.

107 «Filogênese» significa a «(...) evolução ou desenvolvimento de uma espécie» (TEIXEIRA JUNIOR; OLIVEIRA DE SOUZA, 2006, p.39)

morte e as formas de organização social. As sociedades que correspondem à forma (a), em geral, são as «sociedades mais antigas», nas quais as crenças religiosas e as suas formas de explicação do mundo eram mais constantes e possuíam maior autoridade sobre as pessoas e as instituições. As formas (b) e (c) têm em comum o fato de corresponderem à tendência das «sociedades avançadas de nossos dias», mas diferem quanto à sua natureza hermenêutica. Ao passo que (b) tem um cunho psicológico mais acentuado, diria até que pertence mais a uma abordagem psicanalítica¹⁰⁸, (c), possui um teor mais existencial, próprio das abordagens existencialistas¹⁰⁹, se é que as duas se oponham. Ambas, bastante problemáticas, trazem consigo a marca do afastamento com a questão tanatológica, pois, se deveríamos colocar a questão de como fazer da despedida dos seres humanos, a dos outros e a nossa, algo fácil e agradável tanto quanto possível, nas palavras de Elias (2001, p.8), não o fazemos. Ao menos no debate mais amplo.

Nos casos de Ariès (2003) e Elias (2001) a forma silogística aparece de forma um tanto quanto velada, o que exige da nossa interpretação um esforço hermenêutico bastante específico de um conhecedor de lógica dialética. O mesmo não acontece quando nos deparamos com a obra de Illich, na qual essa construção é mais explícita.

No mesmo ano que Ariès publicou sua história da morte, Illich publicava uma obra que se tornaria bastante polêmica no meio médico e na Sociologia da Medicina: *Medical nemesis*¹¹⁰. Polêmica porque trata diretamente das formas de expropriação da saúde [*l'expropriation de la santé*] pela sociedade capitalista industrial, mostrando como a saúde vem sendo transformada em mercadoria. Além disto, ela apresenta uma relação silogística entre a morte e o Estado, mediada pela empresa médica.

108 A leitura da obra de Becker (2007) ilustra o que quero dizer.

109 A leitura da obra de Jaramillo (2006) ilustra o que quero dizer.

110 A versão inicial dessa obra fora escrita em 1973, por ocasião de um período de estudos de Illich em Cuernavaca, no México, e dela apareceram três diferentes edições: Londres (1974), sob o título *Medical nemesis: the expropriation of health*, Paris (1975), sob o título *Némésis médicale: l'expropriation de la santé* e Nova Iorque (1976), também sob o título *Medical nemesis: the expropriation of health*. Na tradução brasileira de 1975, feita com base na edição francesa, que usarei nesse texto, curiosamente se inverte o título para *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*.

A idéia de um silogismo dialético é bastante evidente já nas primeiras palavras do preâmbulo dedicado à edição brasileira. Nessa obra, Illich (1975, p.7) mostrou que, ao estudar o caso singular da empresa médica, estava elegendo um paradigma da instituição industrial. Essa instituição tem sido mediadora da «medicalização perniciosa da saúde», como uma forma de «(...) paralisia da produção dos valores referentes ao uso por parte do homem e resultante do congestionamento de mercadorias produzidas para ele». Essa forma de mercadoria, por sua vez, é a particularidade da forma «mercadoria desenvolvida». Assim, no tocante à mercantilização da saúde, Illich constrói um silogismo dialético completo: a forma mercadoria é a «mercadoria desenvolvida», a forma de mercadoria é a «mercadoria industrializada» e a forma da mercadoria são os produtos de saúde criados pela empresa médica. No entanto, apesar dessa clareza, a relação silogística entre o Estado e a morte não está construída de forma completa e explícita. Isto ainda precisava ser feito, ao que me propus anteriormente (GURGEL, 2006a) e retomo agora nesta tese.

3.1 Delimitação silogística da relação Estado e morte

O diferencial desta análise para as abordagens anteriores é a tese de que as formas historicamente determinadas de morte e morrer possuem articulações orgânicas com as formas estatais. Essa articulação é um dos resultados aos quais se chega, pela investigação das relações específicas entre as políticas públicas de assistência aos moribundos e as formas oficiais de morte às quais os indivíduos se assujeitam. Não se trata, como já teorizou Farias (1999, p.26) acerca da dialética capital-Estado¹¹¹, de um princípio escolástico, um dado *a priori*. Ao contrário, ela é rica em determinações, o que faz com que a sua formulação silogística seja apenas uma teoria explicativa entre outras, de modo que, quando se fala em morte, sem frase, pode-se incorrer em um erro ontológico.

111 Essa articulação elaborada por Farias (1999) é de capital importância para a construção do silogismo dialético Estado-morte. Tomo como dada a dinâmica que ele apresentou entre capital-Estado, bem como a estruturação do Estado nas suas mais diversas acepções marxianas: mediador, interventor, agente fiscalizador etc.

Esse erro consiste em desconsiderar a totalidade do fenômeno que cai sob a investigação, pois, em sendo a morte um fenômeno historicamente determinado, a forma morte não tem existência própria. Ao contrário, trata-se de uma «abstração racional», assim como a forma Estado. O significado que lhe proponho é o de que ela traz à fala uma totalidade de acontecimentos cujas alterações são bastante sutis ou tão lentas que cria a ilusão de que nada mudou. É desse modo que se pode falar da morte em uma locução singular: essa ou aquela forma morte¹¹².

E mais, como uma «abstração racional», a forma morte apreende apenas os aspectos gerais da morte que estão orgânica e historicamente relacionados à assistência ao moribundo sob a tutela do «intervencionismo estatal»¹¹³. Ela só pode ser compreendida como uma identidade de contrários, por intermédio de suas especificidades, que são a forma de morte e a forma da morte. Assim, tal forma só existe em suas contradições concretas, como uma totalidade dialética que apenas preenche a função silogística da universalidade. O que significa dizer que ela não explica todas as conjunturas nas quais as pessoas, enquanto seres de múltiplas relações historicamente determinadas, morrem.

Do mesmo modo, não é possível se referir a uma forma da morte sem remetê-la a um sujeito histórico, cultural e socialmente determinado, uma vez que as pessoas não morrem pura e simplesmente, elas morrem sob determinada forma. As suas mortes caem sob conceitos determinados pela singularidade: falo da forma da morte do papa João Paulo II, da forma da morte do imperador Dom Pedro I, da forma da morte do guerrilheiro Che Guevara, da forma da morte de Ivan Illich, da forma da morte do português da padaria, da forma da minha morte, e assim sucessivamente. Ora, por força do silogismo dialético, percebe-se que toda morte, sob uma forma específica, é uma forma morte, donde se conclui que toda forma morte é a

112 Provavelmente de onde também vêm os mitos de uma morte *a la* metafísica.

113 Esse intervencionismo caracteriza a ação efetiva do Estado por meio do seu aparelho burocrático de criar políticas públicas para o controle social sobre a forma como as pessoas morrem, seja chamando para si a responsabilidade com os cuidados diretos prestados aos moribundos (a morte estatizada), seja transferindo-a para a iniciativa privada (morte mercantilizada). Em ambos os casos, as ações estatais são intervencionistas porque ditam as regras e a legitimidade do que pode ou não ser feito.

essência da morte sob uma forma específica.

Trata-se, portanto, de um procedimento teórico-metodológico explicativo que capta os elementos estruturais da natureza da morte, sem esquecer as suas outras determinações. Sem essa consciência, pode-se discursar sobre a aparência da morte quando se pretendia, em verdade, falar de sua essência, ou não considerar as suas relações dinâmicas, ou mesmo, limitar-se a uma representação fetichista da morte, restringindo-se aos seus aspectos funcionais¹¹⁴. Para evitar isto, deve-se proceder, de acordo com Farias (2001, p.26-27), em busca do «contexto da formação econômica e social» atual no qual essa relação acontece:

É no contexto de uma formação econômica e social dada que se apreende o conjunto dos aspectos do Estado como ser social e histórico. Não se deve inserir a estrutura do Estado nos marcos de formas políticas e institucionais abstratas. Ao contrário, percebe-se, inicialmente, seu caráter subjetivo, tendo por eixo sua objetividade natural e se distingue sua aparência de sua essência e, em seguida, suas relações dinâmicas, que se desenvolvem a partir da luta de classes (sua essência social), cujo eixo é a divisão capitalista do trabalho (sua essência material).

Pois, em sendo nesse «contexto econômico e social» que se apreende o conjunto dos aspectos do Estado¹¹⁵, deve ser também nele que se apreende o conjunto dos aspectos das formas como as pessoas morrem, como realidade social e histórica dialeticamente articulada com a forma Estado. Tal sociedade é o que se conhece como sociedade capitalista ocidental cristã, que, como disse Marx (2001b, p.122), é a sociedade comum «(...) em todos os países civilizados, mais ou menos livre dos elementos medievais, mais ou menos modificada pelo desenvolvimento histórico próprio de cada país, mais ou menos desenvolvida».

Dito isso, destaca-se a importância de delimitar metodologicamente o silogismo da relação Estado-morte, que servirá de paradigma para analisar o fenômeno das políticas de assistência aos moribundos na sociedade contemporânea. Vou tomar aqui, como ponto de

114 Para analisar a natureza das políticas de assistência aos moribundos – a sua função essencial de controle sobre o tanatopoder – no seio do capitalismo, recusa-se a visão do funcionalismo estatal, que como lembrou Farias (1999, p.27) «(...) reduz o ser social estatal à sua ação sobre a base econômica e técnica. Pois não se pode jamais ignorar que estes elementos só se tornam plenamente verdadeiros e reais como relações orgânicas. Nesta recíproca interação, supõe-se, evidentemente, a primazia ontológica da natureza do Estado sobre o seu papel (isto é, de sua forma sobre sua função)».

115 No sentido dado por Marx (2001b, p.122) de que o Estado muda com as fronteiras de cada país.

partida, que a forma Estado da sociedade capitalista é a forma Estado autoritário, subsumida sob as mais diversas formas de Estado, nas mais diversas experiências particulares. Como essa forma Estado é caracterizada predominantemente pelo mecanicismo, a forma morte que lhe corresponde é a morte mecânica¹¹⁶. As suas formas de Estado particulares mais recorrentes na sociedade contemporânea são o Estado social e o Estado neoliberal, cujas formas de morte são, respectivamente, aqui nomeadas como morte estatizada e morte mercantilizada, conforme a tutela de cada uma, se o Estado ou a iniciativa privada¹¹⁷. Tais formas são concretizadas na mediação que as políticas de assistência aos moribundos, por meio da concessão dos direitos sociais dos moribundos, têm exercido como forma de «somato-poder», quer seja sobre os corpos saudáveis, doentes, moribundos ou mortos.

3.2 A forma Estado autoritário: a visão mecanicista da vida e da morte

Estado autoritário, tal como foi concebido por autores como Horkheimer (1980) e Ortega y Gasset (2002), significa o Estado que tem uma dupla face: ser obediente às forças que controlam o capital e exigente com a sociedade civil. Ele é tanto um retrocesso na história do capitalismo quanto um aparato novo e engenhoso¹¹⁸. Isto é, a ordem autoritária emerge de tendências contínuas dentro da ordem liberal e constitui seu prolongamento, embora se oponha a essa mesma ordem. Mesmo um liberal-burguês é capaz de reconhecer no Estado capitalista essa disposição para o mando autoritário. É o caso de Comte (2006a, p.18-19), para quem o Estado foi concebido como «(...) um inimigo natural, acampado no meio do sistema social, contra o qual a sociedade deve se fortalecer pelas garantias que conquistou». Para Engels (2005), isto significa que o Estado, apesar de ter surgido da sociedade, coloca-se acima

116 Ainda vou explicar como cheguei a essa articulação.

117 Incluo na iniciativa privada o chamado «terceiro setor».

118 Com base nas teorias de Marx & Engels (2001d, p.3), pode-se afirmar o paradoxo do Estado autoritário de ser ao mesmo tempo um avanço e um retrocesso. Trata-se de algo essencial à própria burguesia, que «(...) A burguesia só pode existir com a condição de revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, por conseguinte, as relações de produção e, como isso, todas as relações sociais ».

dela e a aliena.

É justamente essa disposição ou vocação do Estado capitalista para o mando que o torna autoritário, conforme preconizaram Marx & Engels (1998, p.74): desde que «(...) a propriedade privada se emancipou da comunidade, o Estado adquiriu existência particular junto à sociedade civil e fora dela (...)». Essa vocação, no entanto, não é neutra, mas a serviço de determinados interesses, pois, conforme atestam Marx & Engels (1998, p.74), o Estado autoritário é «(...) a forma através da qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns».

Para Foucault (1997, p.7), nessa mesma linha de raciocínio, a noção de Estado autoritário está ligada à de Biopolítica. Para ele, as raízes dessa se assentam sobre o surgimento do liberalismo, quando os Estados capitalistas industrializados procuraram reduzir ao máximo seus custos, cujo intento era procurado sem a pretensão de abrir mão do excesso de mando. Em razão disto, a sociedade deveria ser colocada «(...) numa relação complexa de exterioridade e de interioridade em relação ao Estado». Nesse sentido, Foucault concorda com a tese de que o Estado é ao mesmo tempo maior e fora da sociedade, portanto, mais poderoso.

Em suma, o Estado é um dos resultados do movimento dialético que atende de forma eficiente aos propósitos de dominação em que as mediações econômicas e as mediações sociais se entrelaçam e se influenciam mutuamente¹¹⁹. Cria-se, portanto, a cada tempo formas de Estado que podem produzir controle social eficaz sobre a população e sobre os indivíduos. Tais formas concorrem para a estatização da morte, ou para o intervencionismo estatal sobre o tanatopoder, especialmente, quando o Estado passa, nas palavras de Ortega y

119 Uma visão fetichista pode querer associar essa forma Estado apenas à função de combater a crise e a desordem resultantes das duas grandes guerras do início do século XX, como uma simples aplicação do controle social estatal. Isso não se sustenta, pois, o largo consentimento que os representantes do capital e os governados têm-lhe dado, remete-nos a pensar que o Estado autoritário é mais do que isso. Talvez seja uma tentativa de perpetuação da economia de mercado, já que essa, na ótica de Marx (2005, p.873), é capaz de se servir de qualquer meio para obter seus fins, principalmente de associar a sua ação à função coercitiva do Estado, desde que isto lhe traga lucros, pois, desde o período manufatureiro europeu a burguesia perdeu o que lhe restara de pudor e de consciência. O que me leva a postular que a gênese dessa forma Estado ligada aos regimes autoritários não foi um mero acaso, mas uma jogada dos representantes do capital que perceberam, nessa forma, como diriam Marx & Engels (2001d, p.2), uma «força capaz de organizar os territórios em mercados».

Gasset (2002, p.154), a controlar a vida das pessoas, «(...) absorvendo toda a espontaneidade histórica, que definitivamente sustenta, nutre e impulsiona os destinos humanos». Ou seja, quando o Estado cria contingências que asseguram o *status quo* burguês, tanto no âmbito da objetividade (sob a forma de máquina burocrática e administrativa) quanto da subjetividade (sob forma de democracia formal e de ideologia burguesa).

Isto é perfeitamente coerente com a tese de Farias (1999, p.31), para quem o Estado é capaz de exercer seu papel mediador tanto sobre um território determinado quanto sobre o conjunto da população correspondente. Ou então, com o pensamento de Foucault (1981; 1997) para o qual o controle social estatal se manifesta tanto sobre o «governo da população» quanto sobre o «governo dos indivíduos». Ambos os casos dão razão a Wolf (1995, p.73), para quem o Estado autoritário procura fundir no mesmo projeto ideológico a ciência, a cultura e a proposta de reorganização da sociedade capitalista sob a tutela do Estado.

Dentro dessa abordagem, o intervencionismo do Estado, tanto a favor da estatização quanto da comercialização da morte, é uma função da forma Estado autoritário. Isto coaduna com a tese do «estatismo» de Gudín (1965), para quem o papel interventor do Estado é, na verdade, o que Lukács (2003, p.194-240) chamou de «coisificação» ou «reificação do Estado»¹²⁰. Isto é, o controle social que o Estado exerce sobre o tanatopoder é apenas parte de sua essência, a de ser mediação entre a contradição dos interesses de classes sociais antagônicas. Essa mediação pode ser materializada de forma política na aparelhagem administrativa do Estado: a lei, a assistência, a polícia, a educação, a mídia, os impostos, o controle social estatal e os direitos sociais dos moribundos. O que me leva a concluir que a forma de Estado subsumida sob a forma Estado autoritário não é pura, mas, ao contrário, permeada por conflitos e configurações particulares.

Nesse sentido, as construções historicamente determinadas e assumidas sob as

120 Diz-se isto porque se compreende que a função intervencionista do Estado é apenas uma função do Estado autoritário. Ou, como disse Horkheimer (1980), a sua «manifestação ideológica».

formas de Estado contemporâneas¹²¹ são, na verdade, formas de Estado da forma Estado historicamente determinada como Estado autoritário. Isto é, as formas de Estado são, na acepção de Ortega y Gasset (2002, p.153-154), «golpes de Estado» que nivelam o poder público ao poder social, fazendo do Estado uma máquina potentíssima colocada no meio da sociedade como uma ameaça a ela mesma.

Ou, em outras palavras, elas são produtos dos modos históricos de organização da produção capitalista – da sociedade industrial e da sociedade pós-industrial. O primeiro, de cunho fordista¹²², está centrado no capital produtivo industrial e tem como mediação estatal, não exclusivamente, a forma histórica do Estado social. O outro, por sua vez, de cunho pós-fordista¹²³, permanece centrado no capital especulativo com interesse na lucratividade por meio da especulação financeira, cuja mediação estatal é o Estado neoliberal.

Cada forma de Estado particular tem elaborado, ao seu modo, políticas públicas voltadas para a assistência aos moribundos assentadas sobre um conceito global de morte, que, à primeira vista, aparece como uma questão estética, que não diz respeito a *quem* ou *onde*, mas a *como* se morre. Pois, se até pouco tempo os modos de morrer dependiam unicamente de *onde* o moribundo estava, ou de *quem* ele era, de tal forma que o ritual, o sujeito e o lugar do morrer estavam estreitamente ligados¹²⁴, hoje isto mudou. Com o advento

121 Refiro-me às formas de Estado conhecidas como Estado social e Estado neoliberal.

122 Dizer o que é o fordismo é uma ação que demanda muitas contradições, mas que pode ser abstraída conforme o fez Aglieta (1998, p.45), como o «(...) estágio da regulação do capitalismo, o do regime de acumulação intensiva, no qual a classe capitalista busca gerir a reprodução global da força de trabalho assalariada por meio de uma íntima articulação das relações de produção e mercantis mediante as quais os trabalhadores assalariados adquirem seus meios de consumo. O fordismo é, pois, o princípio de uma articulação do processo de produção e do modo de consumo, que instaura a produção em massa, chave da universalização do trabalho assalariado».

123 Trata-se de um modo de produção baseado naquilo que Harvey (1992, p.140) chamou de «acumulação flexível», ou seja, trata-se de um sistema produtivo apoiado na flexibilidade dos processos de trabalho, bem como dos mercados de trabalho, dos produtos e até mesmo das formas de consumo. Assim, se no fordismo a perspectiva de um mercado em expansão justificava uma oferta em larga escala, no pós-fordismo, chamado também de toyotismo, a situação é outra: considerando-se a saturação dos mercados e os limites da própria natureza esgotando-se, além de uma dinâmica interna do capitalismo, a demanda passa a condicionar a oferta.

124 Embora a posição social tivesse um peso na estética da morte, os ritos fúnebres estavam associados diretamente à cultura do lugar. A morte era encarada de maneira distinta nas mais diversas culturas. Cada uma delas apresentava a sua visão peculiar, calcada em princípios étnicos, míticos e religiosos, em que cada qual, no

da medicalização e das tecnologias médicas, a morte passou a ser vista como um fenômeno mecânico, o que deu origem à morte mecânica¹²⁵.

Essa forma morte está ligada à atitude moderna, especialmente nos meios médicos e filosóficos, de encarar a morte como *algo-em-si*, conforme preconizou Schopenhauer (2001), com seus desdobramentos culturais, políticos e, principalmente, econômicos. Por «morte-em-si», Schopenhauer (2001) significa a morte desprovida de suas particularidades e, especialmente, a morte dissociada de sentimentos, porque é a morte da consciência, materializada na morte do cérebro. Trata-se também de uma prática que nega as visões locais sobre a morte e o morrer, em nome de uma cultura científica universal que expropria o saber médico e mercantiliza a assistência ao moribundo.

A gênese dessa forma morte e sua assistência, no âmbito objetivo, pode estar associada às pesquisas de Winslow, em 1740, na França, e Tossach 1785, na Inglaterra, como representantes do iluminismo. Ambos questionaram a forma morte aceita à época – a morte anímica, ligada ao modelo de ciência e Medicina contra o qual se impunham – a ciência encantada¹²⁶. Com suas técnicas de ventilação e cuidados com a respiração eles produziram o

seu lugar (social e geográfico), morria conforme os seus costumes. O hindu morria como hindu e o africano como africano, o sacerdote como sacerdote e o guerreiro como guerreiro. A morte era um evento culturalmente localizado.

125 O monopólio da visão mecanicista da vida e da morte é uma das propriedades das sociedades capitalistas industriais, alimentando-a e sendo por ela alimentado, o que vem sendo denunciado por inúmeros autores das mais diversas áreas. Nietzsche (2006, p.75 #12), por exemplo, já nos tinha chamado a atenção para o fato de que o mecanicismo vem-se tornando o misarquismo moderno, ou seja, a espiritualidade doentia da modernidade que parece «(...) já se tornou senhor de toda a fisiologia e da teoria da vida». Exemplo disto é o domínio ideológico da visão mecanicista da morte entre os profissionais que prestam assistência aos moribundos na sociedade moderna, materializada na obstinação terapêutica. Ou, como escreveu Boltanski (1979, p.116), a visão moderna tende a reduzir o corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou dimensão, a mecânica.

126 Digo ciência encantada, na falta de um termo mais preciso, para fazer oposição à ciência moderna que tem sido constantemente apresentada como a «ciência desencantada», desde a crítica de Weber (2001, p.25-58) sobre o «desencantamento do mundo». Como desencantada, a ciência moderna não só legitima a postura de dominação, como também fornece, através da tecnologia, os meios para ampliar e tornar essa dominação mais eficiente. Do mesmo modo, Marx (1973, p.410) também criticou o cientificismo desencantado associando-o com a própria essência da produção capitalista: «(...) pela primeira vez a natureza se torna puramente um objeto para a humanidade, puramente uma questão de utilidade; ela deixa de ser reconhecida como um poder em si mesma; e a descoberta teórica de suas leis autônomas aparece meramente como um estratagema para subjugar-la às necessidades humanas, quer como objeto de consumo, quer como meio de produção».

deslocamento da forma morte de natureza anímica para a forma morte de natureza mecânica. Se antes a morte consistia no desprendimento da alma, que deixava o corpo inerte, agora, a morte consiste no cessar irreversível da máquina.

O programa de pesquisa elaborado por Winslow-Tossach ganhou *status* mundial e normatizador quando, em 1846, Bouchut propôs à Academia de Ciências de Paris um método científico para diagnosticar com precisão a morte, conhecido como «tríade de Bouchut». Para ele, de acordo com o testemunho de Muto & Narloch (2005, p.48), deveriam ser observadas por dez minutos as ausências de respiração, batimentos cardíacos e circulação.

Mais tarde, Brouardel (1989) questionou a validade dessa teoria, sugerindo o deslocamento do eixo cárdio-pulmonar para o sistema nervoso central. No entanto, os questionamentos feitos por ele à «tríade de Bouchut» não atingiram o núcleo mecanicista da teoria. Ao contrário, o programa de um diagnóstico mecanicista da morte não foi abalado, mas reforçado e consolidado, cujo auge, pode-se falar assim, veio com a criação, em 1968, de dois grupos de trabalhos para diagnosticar a morte, um em Harvard e outro em Sidney.

O primeiro, um comitê formado por 10 médicos, um advogado, um teólogo e um historiador, reuniu-se em janeiro de 1968, na *Harvard Medical School* com um único propósito: encontrar um critério para diagnosticar a morte que desse embasamento científico à prática dos transplantes (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1968, p.337). Os trabalhos foram concluídos em junho do mesmo ano e publicados em agosto¹²⁷ no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), sob o título *A definition of irreversible coma*, mais conhecido como *Declaração de Harvard*.

Giacomini (1997, p.1475-1478) postulou uma tese defendendo que a pressa dessa comissão e a rapidez com que seus resultados foram publicados, deveu-se à corrida pelo desenvolvimento tecnológico dos transplantes de órgãos, refreado pela legislação norte-americana vigente, que considerava a morte instalada somente quando por ocasião da parada definitiva da função cárdio-respiratória. As conclusões dessa comissão, apresentadas como

127 Um recorde na história das publicações científicas, especialmente as médicas.

paradigma científico, além de técnico-processual, com base no funcionamento encéfalo-cerebral, criou o conceito de «morte encefálica» ou «morte cerebral» [*brain death*]. No entanto, esse conceito ainda precisava ser ratificado pela *World Medical Association*. Para tanto, foi convocada a sua 22^a Assembléia Mundial, que aconteceu em agosto de 1968, na cidade de Sidney, cujo resultado foi o documento conhecido como *Declaração de Sidney sobre a morte*¹²⁸.

Contudo, a *Declaração de Sidney sobre a morte* não é uma simples ratificação das conclusões de Harvard. Ela acrescentou à Harvard outras preocupações técnicas em torno do bulbo raquiano, e outras de ordem moral, sobre os cuidados com os moribundos. No entanto, em ambos os casos, a morte deixara de ser compreendida sob o ponto de vista anímico e passou a ser compreendida sob o mecânico.

De acordo com Clark (1998, p.11-20), a explicação para a escolha pelo diagnóstico de morte a partir dos estudos do encéfalo e do cérebro está nos avanços médicos das últimas décadas. Para ele, até 1950, considerava-se que alguém morria quando parava de respirar ou quando o coração não batia mais, o que, de qualquer forma, seria verdade em questão de minutos. Com a invenção do desfibrilador e dos aparelhos de respiração assistida, a definição de fim da vida teve de ser mudada. O novo conceito passou a permitir que o atestado de óbito fosse assinado enquanto o coração ainda pulsava, o que tem sido de fundamental importância para se conseguir órgãos para fins de transplantes¹²⁹.

Por essa via, o conceito não encontrou grandes resistências, passando a se

128 Revista em outubro de 1983, por ocasião da 35^a Assembléia Médica Mundial da *World Medical Association*, em Veneza.

129 A prática cirúrgica para fins de transplantes, inclusive transplantes cardíacos, são anteriores à *Declaração de Harvard* e à *Declaração de Sidney*. No mundo, o primeiro transplante foi realizado em dezembro de 1967, na Cidade do Cabo (África do Sul) pelo cirurgião Christian Barnard e sua equipe, com um doador negro e receptor branco, antes mesmo de terem sido estabelecidos critérios para o diagnóstico de «morte encefálica». No Brasil, algo parecido também aconteceu: o critério de «morte encefálica» só foi adotado oficialmente com a lei n.9.434 de 04 de fevereiro de 1997 sobre transplantes de órgãos, e os procedimentos de diagnóstico só foram concluídos com a Resolução CFM n.1.480, de 08 de agosto de 1997. No entanto, o primeiro transplante de coração foi realizado no HCFMUSP em 1968, pela equipe composta por Zerbini, Campos Freire, Paulo Vaz Arruda e Adail de Freitas Julião.

apresentar como solução clínica e jurídica para o problema que envolvia a pessoa e o momento exato para a doação¹³⁰. Assim, em razão de uma determinada e dominante definição científica, somada às políticas de doação e captação de órgãos sob a tutela da forma simbólica da morte humanista – a morte em prol de ideais superiores e altruístas – a maioria dos Estados concorda em adotar essa forma morte como a mais universalmente válida.

Esse ponto de vista é concretizado na descrição clínica da morte¹³¹, segundo Prendergast & Claessens & Luce (1998, p.1163-1165), como o cessar irreversível: a) do funcionamento de todas as células, tecidos e órgãos; b) do fluxo espontâneo de todos os fluídos, incluindo o ar e o sangue; c) do funcionamento espontâneo de coração e pulmões; d) do funcionamento espontâneo de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral; e) do funcionamento completo das porções superiores do cérebro; f) do funcionamento quase completo do neocórtex; e, g) da capacidade corporal da consciência. Isto não encerra o conceito de morte, mas apenas apresenta algumas possibilidades nas quais ela é possível. Possibilidades essas que também já foram enumeradas e relativamente aceitas pelo consenso médico na qualidade de formas da morte, dentro das explicações técnico-mecanicistas.

130 Singer (1996, p.63) também tinha visto assim, apontando que essa serventia tem sido a principal responsável pelo sucesso do conceito de «morte encefálica».

131 Essa descrição clínica exige alguns rituais, que, com algumas poucas variações, têm sido os mesmos onde quer que o conceito de «morte encefálica» já tenha sido adotado. De acordo com o *British Medical Journal* (DIAGNOSIS OF DEATH, 1979, p.332), antes de tudo é preciso descartar causas reversíveis de coma capazes de mimetizar a «morte encefálica». Tais causas são: hipotermia, choque, intoxicação por drogas (em especial barbitúricos, benzodiazepínicos, ingestão de álcool ou analgésicos) e distúrbios metabólicos (tais como encefalopatia hepática, coma hiperosmolar, hipoglicemia e uremia). Em seguida, são realizados alguns exames clínicos, tais como o reflexo pupilar (tanto da resposta direta como da resposta consensual), o reflexo corneano (sobretudo o fenômeno Bell), reflexo oculocefalógiro (conhecido como teste olhos de boneca), reflexo oculovestibular, reflexo cocleopalpebral, *sucção* e mentoniano, reflexos faríngeos, reflexos de deglutição e de tosse e o teste de apnéia. O procedimento pede, para alguns casos, exames complementares, cuja variedade é mínima em cada país. No Brasil se recorre ao Eletroencefalograma (EEG), tal como está proposto pela *American EEG Society*, o potencial evocado (principalmente quando há pendências legais ou se necessita de um diagnóstico precoce) a angiografia ou a ultrassonografia. Esses exames complementares podem ser dispensados, de acordo com as normas de alguns centros especializados, tais como o *Istituto de Neurologia y Neurocirurgia de Habana* e com o *Medical Royal Colleges* (BARCLAY, 1981, p.2194), se o período de observação clínica, fundamentado em documentação da cessação da função cerebral, durante um mínimo de seis horas, constatar a ausência de atividade elétrica cerebral ou perfusão sanguínea cerebral. No entanto, dependendo da idade do moribundo, a ausência de testes complementares é bastante questionada, especialmente em se tratando de menor de cinco anos de idade.

Tais formas compreendem explicações sobre os mais diferentes momentos em que registramos a morte. Ainda de acordo com Prendergast & Claessens & Luce (1998, p. 1165-1166), esses momentos são: a) quando não há resposta à reanimação plena; b) quando a morte sobrevém mesmo com manejo agressivo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), incluindo tentativas de reanimação plena; c) quando há a decisão de não reanimar; d) quando não há a implantação de medidas de suporte de vida; e) quando da retirada de medidas de suporte de vida; e, f) quando do término ou retirada de medidas terapêuticas com a finalidade explícita de não substituir por um tratamento alternativo equivalente¹³². Ou, em poucas palavras, como fizeram Silvado & Wittig & Marquetti (1986), pode-se dizer que a morte mecânica resume-se à visão de que morrer é o processo onde os vários órgãos e sistemas de manutenção da vida entram em colapso progressiva e sucessivamente, o que só revela o uso de uma linguagem tautológica para falar da morte: morremos quando paramos de viver.

Existem alguns questionamentos sobre a validade da *Declaração de Harvard* e dos testes dela decorrentes, em especial no tocante ao teste de apnéia ou à natureza da morte do eu¹³³. Mas isto faz parte dos rituais. Mesmo autores como Clark (1998), que questiona a mudança paradigmática do eixo cárdio-pulmonar para o encefálico, deixa de fazer o que a maioria dos críticos desse conceito também não o faz: criticar o seu fundamento – a visão mecanicista da morte. Por isto, de modo geral, tanto a *Declaração de Harvard* quanto a de *Declaração de Sidney* ficaram conhecidas como o atestado de validade do diagnóstico da morte mecânica, como alternativa à definição de morte anímica, no sentido de que se pretende uma visão científica, racional e mecanicista da morte¹³⁴.

132 Nos discursos tanatológicos e bioeticistas essas formas são abreviadas para termos mais curtos, não menos complexos, como ortotanásia, eutanásia, distanásia, suicídio assistido, mistanásia, entre outros, cujos significados são a face ética das formas mencionadas.

133 Pessini & Barchifontaine (2005, p.356) chamam a atenção para um ponto importante da *Declaração de Sidney*. Segundo eles, ela aponta para a importância da morte como o momento em que o quadro clínico se tornou irreversível, e não para a morte lenta e gradual de cada célula ou órgão, ou seja, não é um pulmão, uma mão, um cérebro que morre, mas uma pessoa.

134 Esta definição foi tão bem sucedida que a Pontifícia Academia das Ciências – órgão ligada à Igreja Católica Romana – o reconhece como critério válido de morte: «Uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo. (...) Do debate

Tudo isto pode ser verdadeiro, mas, não podemos perder de vista que como acontecimento historicamente determinado as declarações de Harvard e de Sidney são produtos dos confrontos entre forças sociais e políticas que vêm disputando modelos de assistência aos moribundos, bem como do «globalismo»¹³⁵ dos seus produtos culturais. E, embora tais confrontos sejam mais evidentes no Estado capitalista contemporâneo, eles sempre estiveram presentes como disputa ideológica sobre as formas de controle social ao longo do capitalismo. Por exemplo, a empresa médica, desde que passou a dar suporte às intenções capitalistas de controle sobre os corpos, tem disputado com as instituições eclesiásticas o monopólio da decisão sobre o que é a morte e o morrer¹³⁶. Desse modo, o conceito de «morte encefálica» não é apenas uma tentativa de diagnosticar o processo dialético morte-morrer, é também, e antes de tudo, uma escolha política, que implica na forma como os Estados capitalistas contemporâneos tratam os seus moribundos, o que passa, nos dias atuais pela medicalização e mercantilização da morte.

3.3 A forma de morte no Estado social: a morte estatizada

O Estado autoritário, enquanto uma forma Estado, não existe sem suas mediações sociais e historicamente determinadas, assumidas para desempenhar o seu papel ideológico. Dentre essas, algumas são mais comuns desde o pós-guerra, na sociedade capitalista ocidental cristã contemporânea. A primeira delas é a de um Estado de bem-estar social, Estado assistencial, Estado providência ou simplesmente Estado social [*Welfare State*]; que se articula dialeticamente à forma de organização fordista do capital. As suas determinações singulares

emergiu que a morte cerebral é o verdadeiro critério de morte, dado que a parada definitiva das funções cardiorrespiratórias conduz rapidamente à morte cerebral» (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p.357).

135 Por «globalismo» se compreende, com base no texto de Ianni (p.1996, p.130) «(...) uma configuração histórica, uma totalidade complexa, contraditória, problemática e aberta. Trata-se de uma totalidade heterogênea, simultaneamente integrada e fragmentária. Parece uma nebulosa, ou uma constelação, mas revela-se uma formação histórica de amplas proporções, atravessada por movimentos surpreendentes; de tal modo que desafia as categorias e as interpretações que pareciam consolidadas».

136 Além dessa disputa externa, há outras disputas internas entre os modelos do que significa uma boa morte.

são assumidas sob diversas formas. Algumas delas já foram teorizadas por Titmus (1968), Esping-Andersen (1991), Ascoli (1984) e King (1988), como forma do Estado social italiano, forma do Estado social alemão, forma do Estado social americano, forma do Estado social dinamarquês etc, em épocas distintas.

Silva e Silva (1999, p.29; 2000, p.39) a tem descrito como aquela forma de Estado que se baseia no pacto entre capital e trabalho, e se sustenta na relação entre pleno emprego \times crescimento econômico \times família estável. Ou, como escreveu Offe (1984, p.373), em uma «(...) aliança interclasses de crescimento-segurança» cuja base teórica tem sido a teoria econômica de Keynes (1973) sobre o «pleno emprego das forças produtivas». Devido a essa tríplice relação, Silva e Silva (1999, p.32-33) atribuiu à gênese histórica dessa forma de Estado o conjunto dos acontecimentos que compreende o período 1945 a 1975, nos EUA. E, à gênese estrutural, o conflito de duas forças antagônicas: as forças do movimento operário *versus* as forças dos setores dominantes. Nesse sentido, o Estado social é uma mediação entre os conflitos sociais gerados por uma sociedade de classes, bem como a intervenção para a manutenção do lucro. Nas palavras de Przeworski (1989, p.240) isso soa assim:

O compromisso de classes implica uma organização específica das relações políticas, uma determinada relação entre cada classe e o Estado e um certo conjunto de instituições e de políticas. O Estado tem de impor a ambas as classes o cumprimento das condições de cada compromisso e proteger os seguimentos de cada classe participante do compromisso do comportamento não-cooperativo de membros dessas mesmas classes.

Tais idéias são compatíveis com a tese de Wilensky (1975), para quem o Estado social é um dos resultados do desenvolvimento econômico das sociedades industrializadas, do programa econômico keynesiano (nos EUA) e do *Beveridge Report* (na Grã-Bretanha)¹³⁷. Titmus (1976) se junta a essa tese com a colaboração de que tais acontecimentos têm em comum o estratagema de confundir o aparelho do Estado com a própria definição de Estado, criando a ilusão de que quem ataca a um, atinge o outro; o que é bom para um é bom para o

137 Para Rimlinger (1977) e Regonini (1995, p.416-417) essa forma de Estado é bastante anterior a esse processo. Ela teria ocorrido com a passagem das «(...) sociedades agrárias para as sociedades industriais» no século XIX.

outro¹³⁸. E complementa que essa ilusão pode ser resultante de um sentimento de bem-estar generalizado produzido pelo Estado social, principalmente por meio dos gastos públicos na área social e em certa «segurança social»¹³⁹.

Isto me permite dizer que o Estado social é o que Gudin (1965) chamou de «estatismo», ou o que Ortega y Gasset (2002) chamou de «estatização». A saber, o Estado social é uma forma de Estado que consolida e legitima a visão fetichista do autoritarismo estatal por meio do seu papel intervencionista ou previdenciário. Ou mais especificamente, o «estatismo» cria, por meio da sua indústria cultural, a ideologia de que o Estado é uma necessidade que se coloca acima da sociedade. Necessidade essa reforçada por meio dos «salários indiretos», ou do que Gudin (1965, p.11) chamou de «oferta de mercadorias na forma de serviços», tais como instrução, moradia, alimentação e saúde, por meio do seu aparelho burocrático, ao que Lênin (2006) deu o nome de «panacéia universal do Estado».

Panacéia ou aparelho burocrático, o fato é que tais mercadorias, na forma de «salários indiretos», são mediações entre as necessidades sociais da classe trabalhadora, as suas lutas sociais e a garantia dos contratos lucrativos do sistema, contribuindo para um tipo específico de ideologia. A saber, aquela que desenvolve papel de hegemonia e segurança pública, no sentido de que serve para estabelecer e sustentar relações de dominação e, com isso, reproduzir a ordem social que favorece a classe dominante. Na ótica de Brunhoff (1985, p.18), mais determinista, isto pode significar que o Estado social suprime toda autonomia dos

138 É justamente essa capacidade de se impor institucionalmente, por meio de políticas públicas, resultando no fenômeno do «estatismo», que mais interessa ao nosso estudo essa forma de Estado. Pois, a conformidade com o sistema fará com que a sociedade passe a aceitar mais facilmente o repertório comportamental que se procura impor como forma de assistência aos moribundos e seus familiares, ou seja, passe a aceitar a forma de controle social sobre a morte confiada quase que exclusivamente às intervenções estatais.

139 Por «segurança social» se compreende aqui, com base na teoria de Garelli (1995, p.285), a forma simbólica que é usada para justificar o intervencionismo estatal, ou legitimar «(...) uma situação de delegação e de menor participação social dos cidadãos e a consolidação dos interesses dos vários grupos que acentuam cada vez mais seu caráter de pressão».

indivíduos perante o Estado e deste perante o capital:

(...) a idéia de integração 'no âmbito exclusivo do capitalismo' de ao menos uma parte do proletariado, cuja força de trabalho é completamente remunerada pelo seu valor, e também a idéia que esta pode ser, tendencialmente, a perspectiva para todo o proletariado suprimem qualquer noção de autonomia relativa do Estado, relacionada ao caráter variável da relação das forças presentes. Ora, mesmo se os meios de gestão acionados pelo Estado capitalista fazem parte do arsenal econômico do capitalismo, o fato de ser o Estado que os aciona não é de forma alguma indiferente: significa que a classe dominante não pode assegurar sua hegemonia econômica sem uma certa organização pública.

Nesse sentido, as mercadorias do «estatismo» se transformam em aspiração social, o que explica o porquê de, como defendeu Titmus (1968), várias intervenções dessa forma de Estado terem sido resultado de reivindicações da população em geral, especialmente a de baixa renda. Em termos de estratégias de dominação, um sucesso, e, justamente por isto, como denuncia Ortega y Gasset (2002, p.154), um risco à população:

Este é o maior perigo que hoje ameaça a civilização: a estatização da vida, o intervencionismo do Estado, a absorção de toda espontaneidade social pelo Estado; isto é, a anulação da espontaneidade histórica, que definitivamente sustenta, nutre e impulsiona os destinos humanos. Quando a massa se sente insatisfeita, ou simplesmente tem algum forte desejo, é para ela uma grande tentação essa possibilidade permanente e segura de conseguir tudo – sem esforço, luta, dúvida ou risco –, sem precisar fazer nada além de apertar a mola e ligar a potentosa máquina. A massa diz para si mesma: 'O Estado sou eu', o que é um erro completo.

Engels (2005, p.117-118) já tinha observado isso quando teorizou sobre a origem do Estado. Para ele, o Estado surgiu retirando do povo o seu «poder de mobilidade», usurpando-o do «uso das armas», restringindo a mobilidade, as formas de relacionamento e, principalmente, cobrando impostos e colocando-se acima da sociedade. Em todos os casos, na ótica de Engels (2005, p.182-183), onde há o Estado, este tem se utilizado da «estatização» para fazer incidir sobre a população maior carga tributária, o que repercute no fortalecimento do próprio «aparelho ideológico do Estado» ou da sua «força pública». Isso cria um círculo vicioso, pois a cada dia o Estado precisa cobrar mais impostos para se tornar mais forte, e quanto mais forte, mais impostos serão cobrados. Quando estes se tornam insuficientes, o

Estado passa a emitir títulos e a contrair empréstimos, endividando-se junto ao capital bancário.

«Os impostos são a base econômica da máquina governamental e nada mais», já disse Marx (2001b, p.13), ao que se acrescenta: e a «estatização» é a sua forma de justificação social. Justificação essa que se dá principalmente por meio da concessão de «salários indiretos», pagos à população na forma de direitos sociais.

No tocante aos moribundos, isso significa que o Estado cria políticas voltadas para o atendimento das necessidades individuais, bem como para a «segurança social» que o sistema precisa para continuar produzindo. A forma histórica encontrada pelo Estado social para essa equação foi a da criação de políticas sociais excludentes, nas quais se cria uma sociedade de moribundos à parte da sociedade produtiva. De acordo com Basaglia (1971), essa exclusão social dos moribundos está associada à própria gênese das políticas sociais de assistência aos moribundos, como fenômeno contraditório, ainda no início das sociedades industriais. Nesse estágio, foram criadas políticas de assistência que os compreendem como sujeitos que têm o direito a reclamar para si a isenção da «taxa de produção», uma vez que não precisam produzir para se manter¹⁴⁰.

Elias (2001) parece concordar com esta tese, mas não interpreta essa atitude como um «estágio das sociedades mais avançadas» (leia-se «sociedades capitalistas industriais»), como deseja Basaglia (1971), e sim como algo que lhe é inerente. Ou seja, o que ele chamou de «isolamento precoce dos moribundos» não é uma exceção dessa ou daquela outra forma de Estado capitalista, faz parte da natureza do próprio Estado capitalista:

(...) o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança. Os anos de decadência são penosos não só para os que sofrem, mas

140 A «isenção da taxa da produção» é individual, pois, no tocante à sociedade, outros serão obrigados a produzir para manter a assistência aos moribundos. A inserção destes na economia capitalista, portanto, se dará exclusivamente pelo consumo dos produtos da empresa médica, cuja oferta antecede a demanda: são criados grandes centros de abrigo aos moribundos, hospitais, *hospices* etc que precisarão ser preenchidos. Para mantê-los são cobrados impostos, taxas e pagamentos diretos.

também para os que são deixados sós. O fato de que, sem que haja especial intenção, o isolamento precoce dos moribundos ocorra com mais frequência nas sociedades mais avançadas é uma das fraquezas dessas sociedades (ELIAS, 2001, p.8).

Sendo um estágio ou sendo a própria natureza das políticas de assistência capitalista aos moribundos, essa exclusão se justifica, conforme Baraldi & Paes da Silva (2000), porque as sociedades industriais têm reestruturado as famílias, interditando-as à convivência com o moribundo sob o mesmo teto domiciliar. Ou, como Engels (2005, p.175) escrevera, o surgimento da família burguesa ocorreu conjunto à destruição das antigas comunidades domésticas comunistas, sem as quais os laços consangüíneos da sociedade foram enfraquecidos e substituídos por relações de classes, notadamente econômicas. Com isso, de acordo com Ariès (2003), as famílias burguesas têm privilegiado o consumo e o bem-estar em decorrência de uma interdição¹⁴¹ lingüística e sócio-familiar da morte e do morrer. O morrer e a assistência aos moribundos deixam de ser tutelados pelo ambiente familiar, pela casa, e passam a ser tutelados pelo Estado, pelo seu sistema assistencial, daí o nome de morte estatizada para essa forma de morte.

O fetichismo dessa exclusão é a higienização social que, de acordo com Adam & Herzlich (2001, p.17), têm duas funções: uma técnica e outra psicológica. A função técnica é preenchida pelo argumento da incapacidade médica e urbana para lidar com o problema, o que fazia com que os mortos se acumulassem nas cidades e vilarejos atravancando o espaço público. A função psicológica, por sua vez, decorrente da teoria do contágio, é preenchida pelo argumento do medo, pois, como «(...) a doença, e principalmente a peste, prenuncia ordinariamente a morte brutal que sobrevém, com certeza, no prazo de alguns dias, talvez de algumas horas», as pessoas se apavoram diante da sua existência. Pavor esse vivido pelo

141 Há nessa interdição aquilo que Lakoff & Johnson (2002, p.75-86) chamaram de «metáfora ontológica». Essa metáfora é entre o fenômeno produção industrial e o fenômeno da morte e do morrer: as pessoas precisam trabalhar, estudar e desenvolver outras ocupações rendosas, de modo que a máquina parada e sem conserto (o moribundo), por tornar-se não-produtiva, é negada e precisa ser *descartada* (encaminhada a asilos, *hospices*, UTIs, ou outros lugares onde o Estado possa assumir a responsabilidade pelo cuidado ou descarte enquanto a família toca a sua vida) ou *reaproveitada* (usada para fins de transplantes, indústria de segurança, ou, como peças nos cursos de medicina).

moribundo na forma da aceitação da fatalidade e dos seus familiares¹⁴² no medo do contágio.

Como essas duas funções têm sido reforçadas pelas atitudes religiosas que preconizam a doença como uma punição divina¹⁴³, criam-se, desde então, políticas públicas de saúde por meio da adoção de medidas excludentes que isolam os moribundos em hospitais, bairros ou mesmo comunidades atingidas. Isto se tornou possível graças também à ação intervencionista de um Estado, que é autoritário o bastante para exercer controle sobre uma das mais privadas representações da individualidade, que Becker (2007) e Ariès (2003) chamaram de a «morte de si próprio».

Esse fetiche tem contribuído para dar às políticas de exclusão social dos moribundos a forma simbólica da assistência social, e, graças à sua mediação, a violência policial¹⁴⁴ que já foi necessária para a implementação dessas políticas, cedeu lugar a outras formas de assujeitamento mais pacíficas, do ponto de vista do uso das armas. É sob essa forma simbólica que o aparelho estatal tem transformado a antiga imposição de assepsia social em necessidade social – necessidade essa que passou a ser interpretada como um direito. Assim, a imposição policial virou um desejo individual, uma concessão política, e hoje, um direito social, fazendo da morte estatizada um paradigma de assistência ao moribundo no Estado social.

Dentro dessa lógica, o lugar mais representativo para a morte estatizada é o hospital, de modo que a morte hospitalizada foi durante várias décadas¹⁴⁵ aquela que mais

142 Vou usar aqui uma noção bastante elástica de família e familiares. Por esses termos quero significar tanto o círculo de convivência mais restrito, seja unido por laços sanguíneos ou afetivos, quanto o grupo de cuidadores não profissionalizados.

143 No início da Modernidade, como nos lembram Adam & Herzlich (2001, p.18), era essa a fonte de inspiração para a missa dos defuntos, celebrada com a igreja coberta de negro e aspensão de terra sobre a cabeça dos moribundos, para lembrar-lhes de sua morte iminente, bem como da mentalidade de muitos médicos, que «(...) acreditaram, durante muito tempo, que a penitência e a purificação da alma eram os melhores remédios». Eu, particularmente, acredito que as pestes e as guerras, somadas às suas conjunturas, deram origem a todas as formas de controle social da morte, da religião à Medicina.

144 Enquanto políticas públicas inerentes ao próprio capitalismo, a exclusão social dos moribundos não se dá desprovida das contradições que lhe são inerentes, inclusive no uso da violência. Sendo ela uma ação estatal autoritária, por algum tempo foi comum e em alguns casos, preciso, o uso da força policial para que ela se estabelecesse, conforme lemos em Foucault (2006d; 2005), Reis (1991) e Romero (2002).

145 Refiro-me, sobretudo, às décadas de 40 a 80, período que cobre a expansão do Estado social no mundo e o

representou a presença intervencionista do Estado social, e, uma das mais aceitas e procuradas como forma moderna de morrer¹⁴⁶. Isso é um paradoxo e um sucesso. Paradoxo no sentido de que se por um lado a hospitalização da morte tem se caracterizado como uma interdição e expropriação da morte do moribundo, por outro, como escreveu Romero (2002), tem se concretizado também como um produto das lutas sociais das classes menos favorecidas. E, sucesso no sentido de que conforme ela se acentua como paradoxo, reafirma-se como forma simbólica eficiente do aparelho ideológico dessa forma de Estado, para a manutenção do *status quo* burguês.

Contudo, a essência da morte estatizada não é a assistência hospitalizada, pois essa mesma forma de assistência pode ser subsumida sobre outras formas de morte¹⁴⁷. O que a caracteriza primordialmente é a sua natureza de serviço público, articulado diretamente ao «estatismo», cuja ideologia é a de que o Estado é obrigado a suprir as necessidades sociais da população, atuando como mediador dos conflitos de classe. Essa atuação pode ser representada, por exemplo, pela determinação histórica da intervenção estatal sobre aquilo que Humbert (2003) chamou de o direito de morrer [*le droit de mourir*]. É o caso de países como a Holanda, que desde 2001, e a Bélgica, que desde 2002, vêm permitindo que o moribundo recorra ao direito positivo e peça a eutanásia¹⁴⁸. Ou então, pela assunção que o Estado social faz das políticas de assistência social aos moribundos por meio da concessão de «salários indiretos» e da sua isenção da «taxa de produção».

Acredito que tais casos, ricos em determinações, exigem o questionamento sobre

início das reformas políticas, quando surgiram as ideologias de desospitalização e cuidados domiciliares prestadas aos moribundos, ainda sob a tutela do Estado.

146 Apesar de países capitalistas centrais como EUA e Inglaterra demonstrarem por meio de pesquisas de opinião a preferência nacional pela morte domiciliar, os índices ainda apontam, como mostraremos no tópico sobre cuidados paliativos, que a maioria das pessoas dos países periféricos e boa parte da população dos países centrais, desejam a morte assistida em ambiente hospitalar ou em unidades de cuidados paliativos. No Brasil, de 1.006.827 óbitos ocorridos em 2005, 664.542 foram no hospital, contra 222.915 em domicílio; segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b).

147 É o caso mesmo da forma de morte mercantilizada, que pode ter como representação a morte hospitalizada prestada pela indústria privada.

148 O que é uma forma de controle social estatal por meio da legislação positiva e da indústria da morte.

os direitos dos moribundos, como também sobre os processos de privatização e terceirização da assistência aos moribundos, como forma de controle social sobre a morte e o morrer, na atual sociedade neoliberal.

3.4 A forma de morte no Estado neoliberal: a morte mercantilizada

Outra mediação historicamente determinada da forma de assunção do Estado autoritário desde o pós-guerra, na sociedade capitalista ocidental cristã, tem sido o que se convencionou chamar de neoliberalismo ou de Estado neoliberal, pós-fordismo, toyotismo, pós-modernidade, entre outras.

No plano fenomênico, a sua gênese está relacionada ao que Duménil & Lévy (2003, p.18) chamaram de «aumento exagerado da onda de desemprego dos anos setenta»¹⁴⁹. Na mesma direção, Garelli (1995) atribuiu essa passagem a uma dupla crise: de recursos financeiros e de legitimação. A primeira, decorrente dos anos oitenta, impossibilita o Estado a manter o volume de intervenções financeiras junto aos setores sociais e continuar a atender às necessidades básicas da população. Soma-se a essa escassez de recursos, o aparecimento de novos agentes econômicos, nacionais e internacionais, que não coadunam com o modelo produtivo anterior. Esses novos agentes produziram novos grupos sociais não submissos diretamente ao Estado, pondo em crise a legitimação e, digamos, competência, do Estado social perante o agravamento das desigualdades sociais e suas mazelas:

Na carência de amplas perspectivas políticas, na diversificação de interesses já consolidados, na crise de representação de grupos de referência, o problema do Controle social se torna um problema de regulação de interesses e de pressões dos vários grupos, por parte do Estado e da afirmação de uma situação de neocorporativismo na qual resultam as posições centrais da estrutura social e produtiva (GARELLI, 1995, p.285).

No plano da estrutura, sua gênese, de acordo com Farias (2003, p.160-161), está

¹⁴⁹ Chesnais (1996, p.24), em outra perspectiva de análise, falou em «aumento sem precedentes da competitividade».

situada no próprio movimento do capitalismo que se alterna em períodos produtivos e especulativos, conforme as oscilações dos modos de organização do capital¹⁵⁰. Para ele (FARIAS, 2001, p.64), o atual período pode ser caracterizado por quatro fatores: a) a passagem do planejamento fordista às leis de mercado; b) a mundialização dos modelos de regulação; c) a automação e a informatização dos processos de trabalho; e, d) a emergência do «operário social». Tais fatores estão na base do que se convencionou nomear como *Consenso de Washington* que, por sua vez, prega algumas diretrizes, dentre as quais, na ótica de Chesnais (1998), o enfraquecimento das ações estatais voltadas para as questões sociais e a transferência do patrimônio público para a iniciativa privada; sob o jugo da economia de mercado ou livre-comércio. Por isto, a característica que mais nos interessa nessa forma de Estado é a sua intervenção a favor da criação de uma sociedade de consumo. Ou seja, na substituição da oferta social de serviços pela demanda social de benefícios, como produto da lógica da «globalização» e da «mundialização do capital»¹⁵¹, como descreveu Gowan (2003, p.

150 O modo de produção pós-fordista, chamado também de toytista, traz consigo uma nova ideologia social, o chamado pós-modernismo ou neoliberalismo, apresentado por Jameson (2006, p.14) como um novo tempo no qual as normas de consumo agem de acordo com as leis de mercado; o trabalho é marcado pela presença da automação industrial e informatização da sociedade, já o mercado é o substituto da cultura, sendo esta por sua vez a própria mercadoria: «Assim, na cultura pós-moderna, a própria 'cultura' se tornou um produto, o mercado tornou-se seu próprio substituto, um produto exatamente igual a qualquer um dos itens que o constituem: o modernismo era, ainda que minimamente e de forma tendencial, uma crítica à mercadoria e um esforço de forçá-la a se autotranscender. O pós-modernismo é o consumo da própria produção de mercadorias como processo. O 'estilo de vida' de superpotência tem, então, com o 'fetichismo' da mercadoria de Marx, a mesma relação que os mais adiantados monoteísmos têm com os animismos primitivos ou com as mais rudimentares formas de idolatria».

151 Segundo Moraes (1996, p.143) a terminologia «globalização» e «mundialização» não é uma mera questão semântica, mas uma opção terminológica carregada de sentido ideológico: «(...) A questão não é apenas terminológica. Se, em vez do americanês *globalization*, usássemos 'mundialização', 'cosmopolitização', 'integração internacional' ou outras expressões semelhantes para designar as pretensas 'mudanças globais', permaneceria inalterada a interrogação fundamental: está ou não predominando em escala planetária a tendência à superação dos poderes e barreiras estatais, das diferenças nacionais, dos blocos regionais e respectivas esferas de influência? O jogo de palavras aqui se impõe: globalmente, não há globalização. O incontestável crescimento global do desemprego, do racismo, dos conflitos bélicos 'localizados' (em todos os continentes), do obscurantismo cultural e religioso, e tantas outras misérias físicas e morais, diretamente relacionadas com a epifania da 'nova ordem' neoliberal, configura uma dinâmica exatamente oposta àquela para a qual aponta a doutrina da 'globalização'».

Chesnais (1998) também dedica uma parte de sua obra a essa questão. Para ele, a «mundialização do capital» é entendida como uma reorganização do capital industrial. Para ele, a «(...) expressão mundialização do capital é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês *globalização*, que traduz a capacidade

09):

A transformação dos ambientes internos dos países assume o nome de neoliberalismo: envolve uma mudança nas relações sociais internas em favor dos interesses do credor e do investidor, com a subordinação dos setores produtivos aos setores financeiros, e com uma tendência a afastar da riqueza do poder e da segurança a maior parte da população trabalhadora. A transformação do ambiente externo dos Estados toma o nome de globalização: envolve a abertura da economia política de um país à entrada de produtos, empresas, fluxos e operadores financeiros dos países centrais, tornando a política governamental dependente dos acontecimentos e decisões tomadas em Washington, Nova York e outros importantes centros capitalistas.

A consequência social mais direta disto é a agressão ao modelo conhecido como «sociedade salarial»¹⁵², visto que a base econômica deixa de ser o capital produtivo e passa a ser o especulativo. Nas palavras de Moraes (1996, p.144) isto tem como alvo a erosão de um tipo particular de assistência: a estatizada.

Os mais sérios enfatizam a ampliação da esfera da valorização do capital financeiro, crescentemente autônomo em relação aos controles estatais, em medida bem menor a dos fluxos dos capitais comerciais e, menor ainda, dos investimentos produtivos, associando-a, embora não nos pareça evidente a conexão entre as duas ordens de fenômenos, à mais recente revolução tecnológica engendrada pelo capitalismo, a aplicação da microeletrônica à informática. (...) Enfatizam menos (não por acaso) a erosão contínua do 'capitalismo de bem-estar' (isto é, social-democraticamente temperado) na Europa ocidental, bem como a degradação geral das condições sociais no conjunto das grandes potências capitalistas.

Essa erosão começa minando as formas de assistência social do Estado social, associadas à produção industrial, transferindo para o âmbito da empresa privada a «responsabilidade social» e para o jurídico, a decisão de assegurá-la na forma de direito. Ela defende que as desigualdades sociais deixam de ser produto do próprio sistema e passam a ser fruto da ausência de crescimento econômico, bem como que o seu combate deixa de ser obrigação do Estado para se tornar meta de instituições multilaterais, como o Banco Mundial.

No entanto, como lembrou Brunhoff (1985), o fato de o neoliberalismo minar a assistência

estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta globais » (CHESNAIS, 1998, p.17).
152 «Sociedade salarial» é definida por Aglietta (1998, p-44) como aquela sociedade «(...) cujo desenvolvimento ocorre sob impulso do capitalismo e onde a venda da força de trabalho é o meio preponderante de emprego».

estatizada, não significa que o Estado neoliberal dispense o papel do Estado em todas as suas funções. Ao contrário, segundo ele, o «capital privado» necessita do poder estatal para se afirmar: «(...) o capital privado tem sempre necessidade da existência de um poder estatal, quer se trate do período de acumulação primitiva descrita por Marx, no capitalismo do século XIX ou do desenvolvimento recente das empresas multinacionais» (BRUNHOFF, 1985, p.1).

No tocante aos moribundos, um caso recente mostra essa força sendo usada a favor dos interesses do «capital privado». Trata-se da luta que os países capitalistas periféricos vêm travando junto às organizações internacionais para garantir o acesso dos moribundos aos medicamentos de alta tecnologia. A proposta apresentada pelo Brasil, em novembro de 2007, junto à WHO, sugere a quebra de patentes ou licenciamentos compulsórios e acordos comerciais entre países ricos e pobres com regras de patentes menos rígidas do que as já existentes. À WHO caberia o papel de decidir quando essa quebra seria ou não possível. No entanto, como essa proposta vai de encontro aos interesses das indústrias farmacêuticas americana e belga, esses Estados se movimentaram e estão em aberta campanha para impedir a sua aprovação:

O governo americano faz intenso lobby para minar a proposta do Brasil. Como informou O Estado de S. Paulo (6/11), os EUA enviaram carta aos governos latino-americanos pedindo que retirem seu apoio à iniciativa. A alegação: isso pode 'atrasar significativamente' um acordo. E argumentam que à OMS não cabe enunciar 'parâmetros' de acordos comerciais. Até agora, apenas o México evitou apoiar a proposta brasileira. (RADIS, 2007d, p.5).

É claro que cada Estado está protegendo os seus interesses comerciais, o volume das arrecadações de impostos e a diminuição de gastos públicos com programas de assistência à saúde. Mas, não são estes os países que pregam o livre-comércio e a auto-regulação do mercado como projeto político da reforma dos Estados nacionais? Nesse caso específico, como podemos observar, pelo menos Bélgica e EUA mostraram que também desempenham papel regulador, gerindo os contratos e priorizando os interesses dos acionistas sobre as necessidades sociais dos moribundos¹⁵³. Isto mostra que além da inexistência de equidade nas

153 Principalmente dos moribundos alheios.

regras globais em matéria de comércio e finanças – pois os países capitalistas periféricos têm pouca ou nenhuma influência junto aos organismos internacionais do comércio – as políticas nacionais e internacionais são incapazes de responder aos desafios impostos pela «globalização», principalmente no tocante à disseminação de justiça social.

Essa incapacidade tem levado os Estados neoliberais a tratarem a saúde como um investimento na qualificação individual. E, tratada dessa forma, ela deve ser uma ação privada, como qualquer outra ação de investimentos, associada à mudança da lógica econômica de substituição da oferta pela demanda. Com relação aos moribundos, a consequência mais imediata é a transferência da sua assistência para a indústria privada, prevalecendo a idéia de que a assistência na hora da morte deva ser prestada por essa indústria. A pesquisa de Machado (2007) comparando os gastos com saúde no Brasil é uma ilustração dessa realidade. Ela mostra que em 2006 os gastos com a saúde no setor privado superaram os do setor público, conforme quadro a seguir:

Quadro 01: Estimativa de gastos com saúde no Brasil

Estimativa de gastos com saúde – Brasil – 2006 (R\$ bi)		
Público	Federal	40,78
	Estadual	18,69
	Municipal	19,44
	Total	78,91
Privado	Planos e seguros	44,88
	Desembolso direto	16,41
	Medicamentos	26,25
	Total privado	87,54
Público-Privado	Total Brasil	166,45

Fonte: Machado (2007, p.10).

No entanto, do mesmo modo que a realidade da morte estatizada é rica em determinações, a realidade que representa a forma de morte no Estado neoliberal também o é. Digo que, em linhas gerais, as formas de morte representadas em um e outro Estado diferem entre si essencialmente pelo aspecto dos gestores sociais da morte: no Estado social o próprio Estado capitalista chamou para si essa responsabilidade, ao passo que no Estado neoliberal ela tem sido paulatinamente transferida para a família, para a iniciativa privada e para o chamado

«terceiro setor». Destaca-se nessa última forma de Estado, o caráter mercantil que é dado aos rituais fúnebres, à assistência aos moribundos e à família enlutada, de onde vem o nome morte mercantilizada¹⁵⁴.

Apesar de sua complexidade, podemos trazer à fala algumas de suas propriedades para mostrar como a indústria privada da morte tem se destacado sobre as outras formas de intervenção da morte. Examinamos, para isso, a empresa de assistência domiciliar: *home care*. A experiência que cai sob esse conceito está associada a dois fatores, um histórico e outro econômico.

O histórico nos remete à criação da *Visiting Nurses Association*, nos EUA – instituição que reunia enfermeiras prestadoras de serviços de assistência domiciliar, ainda no século XIX, conhecidas como «enfermeiras visitadoras» [*visiting nurses*]. Barros *et al.* (2001, p.7) atribuem essa origem, entre outras, à desconfiança que a burguesia tinha com o cuidado hospitalar. Em virtude dessa desconfiança, ela se recusava a ser atendida em outro lugar senão no domicílio, criando esse nicho de mercado. Inicialmente, de acordo com Mendes (2001, p. 10), essa forma de assistência era um mix entre trabalho pago e caridade: «(...) famílias mais ricas pagavam taxas que, somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados pelas empresas às camadas pobres da população». No entanto, já no início do século XX, ela se separou em assistência pública e privada; o que veio a se consolidar com a criação de agências especializadas em *Public Health Nurse* e *Community Health Nurse*. A primeira, ainda de acordo com Mendes (2001, p.11-13), era pública e estava focada em pobres e imigrantes; a outra, focada em indivíduos e famílias que tinham condições para pagar pelos serviços prestados, era privada.

Apesar de sua gênese liberal, essa empresa só ganhou fôlego dentro do Estado social especialmente depois da criação do *The Hospital Based Home Care*, em Nova Iorque,

154 Recuso-me a chamar morte desestatizada, visto não ter havido nenhuma diminuição do controle estatal sobre a morte. O Estado continua arbitrando e legitimando as formas de assistência aos moribundos, seja por meio do seu aparelho jurídico, seja por meio da transferência de renda direta à indústria privada da morte, seja por meio da criação de políticas que dão base legal, moral e política às ações dessa indústria.

no ano de 1947. A sua propriedade fundamental era agilizar a alta hospitalar¹⁵⁵ e garantir os cuidados domiciliares aos moribundos. Na década de sessenta, esse movimento recebeu o nome de *Nursing home*, como um programa de assistência voltado para o idoso crônico e terminal. E, só mais tarde recebeu o nome de *home care*¹⁵⁶, pelo qual o conhecemos hoje.

O outro fator – o econômico – diz respeito à privatização da assistência ao moribundo domiciliado, quando, desde a década de sessenta, somos obrigados a conviver com o fenômeno que Falcão (1999) chamou de «desospitalização precoce». Esse fenômeno ampliou o mercado da assistência domiciliar, especialmente para os enfermeiros, como atesta Barros *et al.* (2001, p.7): «(...) o que percebemos foi que a assistência domiciliar seria um nicho de mercado, (...) essa assistência é fundamentalmente do Enfermeiro». No entanto, por princípio, o serviço de *home care* não pode ser exclusivo da Enfermagem, em razão do que se tem gerado entre os mais diversos profissionais de saúde uma disputa pelos lucros dessa empresa. Isto fez com que aparecessem associações que se intitulam de *home care*, formadas por equipes multiprofissionais, tanto como aquelas intituladas *Nursing care*, formadas exclusivamente por enfermeiros.

Na ótica de Falcão (1999), trata-se de uma forma de desestatização (e posterior privatização) da assistência à saúde sob o fetichismo da desobstrução e otimização dos leitos. Mas penso diferente. Na minha opinião, trata-se de uma estratégia do próprio capitalismo para a criação de novos mercados, cujo papel o Estado social desenvolveu não só no âmbito da produção industrial, mas também no âmbito da produção social. Assim, ao criar um público consumidor de produtos médicos e solidificar a forma simbólica dessa assistência, o Estado social estava, igualmente, criando um novo tipo de consumidor. Um consumidor viciado em produtos médicos que agora passa a ser disponibilizado ao livre-mercado¹⁵⁷, alavancando o

155 Esta é a base do movimento contemporâneo de «desospitalização», tal como encontramos nas políticas neoliberais de saúde.

156 *Home care* significa basicamente o atendimento ambulatorial ou internação domiciliar sob a tutela de profissionais de saúde, em geral pelo pessoal da Enfermagem.

157 Exatamente por isto, não acredito na «desospitalização» como uma forma de desestatização, uma vez que o Estado não sai de cena, nem diminuiu o seu papel de regulador dos mercados. Acredito em uma mudança nas opções do consumidor, de um público consumidor exclusivo dos produtos estatais para consumidor da empresa

investimento privado em seguradoras, planos de saúde e em hospitais privados¹⁵⁸.

A forma de morte que passa a prevalecer na nova forma de Estado precisava desse público, pois, não só considera as necessidades sociais atendidas pelo Estado social, bem como vai ao encontro de novas necessidades criadas com a sociedade de consumo. Trata-se de um público que permanece disposto ou é obrigado a pagar para ter um serviço diferenciado, sem longas filas, com leitos garantidos e profissionais qualificados, mesmo que não o tenha. Desse modo, esse tipo de assistência tem atraído os investimentos das seguradoras e dos planos de saúde, e, com público consumidor disponível e planilha de custo mais reduzida, tem se espalhado dos EUA para quase todos os países capitalistas ocidentais cristãos, centrais e periféricos¹⁵⁹.

O seu discurso oficial é o de que a «morte domiciliar», assistida pela indústria de *home care*, é mais humanizada do que a morte hospitalizada da rede pública, e menos custosa, financeiramente, do que aquela prestada pela rede hospitalar privada. Segundo seus mentores, ela atende a quatro dimensões básicas, apresentadas por Falcão (1999) como:

a) a dimensão individual – porque o moribundo é tratado no seu *habitat* natural, com atendimento personalizado 24 horas por dia, inclusive tendo acesso aos seus costumes e entes queridos;

b) a dimensão familiar – porque a família não precisa passar por constrangimentos com assistência burocratizada, desestruturação com deslocamentos, estacionamentos, engarrafamentos, eventuais faltas ao trabalho, possibilidade de acompanhar e estar perto do seu parente, além de evitar o risco de infecção hospitalar;

c) a dimensão hospitalar – porque o hospital terá uma maior otimização dos seus leitos, acarretando em uma maior margem de lucro ou diminuição de custos, além de poder

privada.

158 Com isto, desde a década de setenta, tanto se consolida a indústria privada de assistência à saúde, quanto se tem criado um cartel de preços e práticas arbitrados pelos planos e seguradoras de saúde.

159 No Brasil, de acordo com Barros *et al.* (2001, p.6), esse movimento chegou no início do século XX com a Cruz Vermelha Brasileira, sendo estabelecido em seguida graças ao trabalho de Carlos Chagas, no Hospital Samaritano do Rio de Janeiro/RJ.

capacitar melhor seu pessoal; e,

d) a dimensão econômica – porque as seguradoras e os planos de saúde poderão reduzir seus custos com internações hospitalares, repassando preços mais acessíveis à população, podendo expandir a empresa médica, inclusive no âmbito da saúde preventiva.

No entanto, não se pode esquecer que se trata de uma empresa capitalista, e, portanto, em disputa pelo lucro, o que passa também pela exploração dos seus trabalhadores. Cruz & Barros & Ferreira (2001, p.35) também se pronunciaram sobre essa exploração a partir da observação de como essa indústria tem lucrado com a mão-de-obra dos profissionais da saúde. As autoras fizeram em 2001 cálculos que provaram a mais-valia no setor da saúde, especialmente nessa empresa. Os cálculos consideram valores daquele ano, relacionando o atendimento prestado por *home care* e aquele prestado com internação hospitalar. Cito-as:

No Brasil, o maior salário médio para o enfermeiro é pago no estado de São Paulo (R\$ 1.200,00). O valor médio de uma diária para internação em unidade de clínica médica é de R\$ 350,00. As despesas referentes a um dia de trabalho de seis enfermeiros de uma unidade de assistência domiciliar, em nível básico, compreendem R\$ 240,00, bem menos do que a diária de R\$ 350,00 para a internação em clínica médica de um dos 78 clientes (em média) atendidos pelo serviço. Por um dia de internação para 78 clientes, a sociedade gastaria R\$ 27.300,00 pela diária. Este cálculo simplório nos dá uma pálida idéia da mais-valia no setor saúde (CRUZ; BARROS; FERREIRA, 2001, p.36 nota de rodapé 01).

Assim, a evidência de que a empresa de *home care* é mais lucrativa do que a hospitalar é reforçada por seus cálculos¹⁶⁰, o que nos leva a questionar: até que ponto o discurso humanista que prega essa morte como a boa morte, não é falacioso? Até que ponto a descoberta de um nicho lucrativo não impulsionou a ideologia da boa morte como a «morte domiciliar» atendida por *home care*? Isto é importante, pois, é em torno do discurso da boa morte que muitas ações intervencionistas estatais têm sido feitas, tanto no sentido de reforçá-la, por meio da transferência de obrigações diretas do Estado para a iniciativa privada ou

160 «Ainda que haja muitos impostos incidindo sobre os salários, podemos adiantar que as despesas com uma equipe de enfermagem, constituída por seis enfermeiros e técnicos especialistas em Home Care, são sobejamente compensadas pela economia de 70% trazida pelo cuidado domiciliar quando comparado às despesas com a internação hospitalar» (CRUZ; BARROS; FERREIRA, 2001, p.36).

terceiro setor, quanto de garantir o seu acesso por meio da concessão de benefícios e isenção fiscal aos moribundos.

3.5 A forma da morte no Estado brasileiro: morte assistida *x* morte desassistida

O intervencionismo do Estado brasileiro não assumiu completamente as feições de um Estado social, mas as feições daquilo que Silva e Silva (2000, p.45) tem apresentado como «Sistema de Proteção Social». Segundo essa autora, tal sistema é marcado pelo «(...) desenvolvimento de um núcleo assistencial denso, porém descontínuo, eventual e fragmentado, sobreposto e paralelo a um núcleo securitário, direcionado a grupos específicos, cuja marca fundamental é seu caráter eminentemente residual». Ou seja, aqui tem prevalecido a «lógica do privilégio e do favor», que torna o Estado brasileiro não só discriminatório, mas igualmente – como todos os outros países – suscetível às pressões internas e externas do capital. Nesse sentido, pode-se aplicar perfeitamente a esse caso aquilo que foi dito por Marx & Engels (2001, p.44) sobre serem as políticas de assistência ao trabalhador, enquanto políticas da sociedade capitalista, meios que procuram assegurar-lhe condições mínimas de subsistência para que possam prolongar a sua existência servil – formas de controle social estatal. No entanto, falar de Estado social brasileiro é algo que desperta certas opiniões contrárias e acendem os ânimos dos especialistas, principalmente porque existe uma polêmica entre Draibe (1988) e Escorel (1993), cada qual com seus partidários, acerca da existência dessa forma de Estado no Brasil.

A tese de Escorel (1993, p.40) é bastante clara. Partindo da noção burguesa de «cidadania universal» e de «cidadania igualitária» como fundamento do conceito de Estado social, não aceita que a experiência brasileira possa ser subsumida sob esse conceito. Isto é, o fato de existir um «Padrão de Proteção Social» em um país, qualquer que seja, não é condição suficiente para a existência de um Estado social. E mais, as contradições de classe, que aparecem por meio de conceitos como «cidadania fragmentada», «marginalidade» e «exclusão

social» revelam também contradições e tipos diferenciados de políticas sociais e cidadania. Tratam-se de políticas sociais baseadas na assistência social («cidadania invertida»), no seguro social («cidadania regulada») e na seguridade social («cidadania social» ou «cidadania universal»).

Esse tipo de raciocínio pressupõe um modelo puro de Estado social, que talvez, quando examinado mais detidamente também não o encontremos em nenhuma outra parte do mundo. Isto porque, algumas contradições que ele aponta para refutar a experiência brasileira como uma experiência subsumida sob essa forma conceitual são inerentes ao próprio capitalismo. Ora, como modelo puro, o Estado social de Escorel (1993) teria que deixar de ser capitalista para ser um modelo explicativo.

Já para Draibe (1988), a completa ausência de um Estado social no Brasil é algo que não pode ser aceito. Talvez fosse mais correto falar de tipos específicos de Estado social conforme momentos distintos da história do Brasil. Tais momentos poderiam ser divididos em antes e depois da *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 1988 (CF-88). O primeiro período, inspirado no modelo de Titmus (1976), «*The Industrial Achievement Performance Model of Social Policy*», poderia ser chamado de «Estado de bem-estar social meritocrático particularista com matizes corporativistas e clientelistas». O segundo, também inspirado em Titmus, «*The Redistributive Model of Social Policy*», seria o modelo «Institucional distributivo». O primeiro caso se refere ao modelo caracterizado pela centralização política e financeira no governo federal e nas ações sociais, fragmentação institucional, exclusão da população à participação política, auto-financiamento social, privatização e clientelismo. O segundo, de acordo com Draibe & Aureliano (1989), refere-se ao modelo no qual já se percebe a ampliação dos direitos sociais na perspectiva de uma «universalização focal do acesso» e na «expansão da cobertura». Isso ocorreu, de acordo com Draibe (1988, p.16-17), dentre outras causas, porque o desenvolvimento do Estado social no Brasil esteve centrado no «desenvolvimento do capitalismo tardio», concentrando os princípios e diretrizes de uma política social que garantia a universalidade dos direitos sociais

a partir de um regime autoritário, focado em um modelo social concentrador e excludente do ponto de vista econômico.

Nesse sentido, o argumento de Draibe (1988) está mais próximo à articulação dialética, para a qual as formas de Estado no Brasil são determinações históricas do próprio desenvolvimento capitalista brasileiro. Podemos sim, falar de modelos explicativos diferenciados para marcar momentos diferenciados da forma Estado brasileiro. No entanto, falta-lhe justamente a manutenção da forma Estado Brasil, sem a qual as formas de Estado brasileiro carecem de referência explicativa.

Sem essa referência não temos um silogismo propriamente dito, e portanto, não temos a forma Estado sob a qual as formas particulares podem ser subsumidas, como se fosse possível a existência de formas de Estado como formas autônomas. Draibe (1988) confunde a experiência concreta, a forma do Estado, com o próprio modelo explicativo, a forma de Estado, o que faz com que inexista a totalidade explicativa do fenômeno. Esta inexistência leva Draibe & Aureliano (1989) a esquecerem que a passagem de uma forma de Estado a outro, no final da década de oitenta no Brasil, não eliminou ou atenuou o perfil autoritário do Estado brasileiro, por exemplo. Faltou-lhes a forma Estado autoritário brasileiro¹⁶¹ que, conforme Oliveira (1999), fez com que a retomada dos direitos civis e políticos na nossa sociedade ocorresse de maneira cessionária, como estratégia de manutenção do poder dos mesmos grupos dominantes. Ou, conforme Coutinho (1992), deu-se «pelo alto», por meio de uma «transição fraca» que apesar de conter elementos reivindicatórios da mobilidade popular, caracterizou-se mais como um «pacto das elites econômicas e políticas» para manutenção da ordem social e dos contratos.

Na verdade, tais características e história não são exclusivas do caso brasileiro. Segundo Abranches (1982; 1989), essa tem sido a particularidade das políticas sociais dos países latino-americanos, uma vez que estão comprometidas com a «prática cooptativa» na

161 Sem essa forma Estado poderíamos pensar que as formas de morte na sociedade brasileira não estariam dialeticamente articuladas às formas de Estado, e sim, somente às formas de mentalidade cultural do povo, ou às formas da assistência de determinada época; o que seria um erro.

qual há uma disputa desigual entre os «detentores dos meios de produção» e as «camadas mais necessitadas da população». Com isso, acredita-se que as políticas públicas latino-americanas de corte social têm sido, em geral, «concessões clientelistas» com o intuito de manter o «equilíbrio de manipulação» entre concessão e repressão. E, como essas concessões são feitas a grupos sociais, tais políticas têm se tornado elitistas, ou seja, atreladas ao «peso político» ou «poder de pressão» que cada «grupo» é capaz de exercer. O mesmo tem sido denunciado também por Silva e Silva (2000, p.36), para quem o «Sistema Brasileiro de Proteção Social» tem deslocado «(...) o espaço do direito para o terreno do mérito, além de servir como instrumento para a corrupção, demagogia, fisiologismo e clientelismo político».

Dito isto, pode-se postular que a forma do Estado brasileiro, rica em determinações, não pode ser pensada como uma forma pura dessa ou daquela forma de Estado, mas também não pode ficar alheia às suas múltiplas determinações, dada a sua essência capitalista. Há algo nessa experiência que é ao mesmo tempo pré-industrial, industrial e pós-industrial, social e neoliberal, pois é, conforme atesta Farias (2001), «capitalista autoritária». Por isto, devem existir matizes no «Padrão de Proteção Social» estabelecido no Brasil que nos permitem falar não só de especificidades, mas igualmente de regularidades e totalidades para este país. Existindo isto, as formas de morte vivenciadas nessa sociedade podem ser subsumidas sob os modelos explicativos anteriormente apresentados, e isto, principalmente, no tocante à forma da garantia dos direitos sociais dos moribundos.

Tal garantia não é à parte do *modus operandis* como o Estado brasileiro tem tratado a questão dos direitos sociais como um todo. Aqui, diferentemente da experiência européia e norte-americana, a existência e propagação dos direitos sociais estão associados a uma restrição historicamente determinada dos direitos civis e dos direitos políticos, e não à sua supressão ou re-afirmação, como gostaria Marshall (1967, p.63).

(...) pretendo dividir o conceito de cidadania em três partes. (...) Chamarei estas partes, ou elementos de civil, política e social. O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e

o direito à justiça. (...) Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. (...) O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade.

Sua gênese está ligada ao chamado Estado Novo (1930-1945) ou a outros períodos de intervenção militar no poder, especialmente, ao chamado Estado de Segurança Nacional (1964-1983)¹⁶². O papel intervencionista do Estado nesse modelo de cidadania é muito importante, pois, pouco a pouco, veio incorporando novas funções relativas ao seu papel mediador dos conflitos entre as classes sociais, tais como, garantir os contratos capitalistas e atender às necessidades sociais dos proletários.

A combinação dessas exigências tem desenvolvido um tipo de ideologia que dispensa a necessidade da democracia, tanto em países capitalistas como em países socialistas, tanto em países centrais quanto periféricos. Nesse sentido, o caso brasileiro não é uma exceção, cujo Estado tem passado, ao longo do século XX e início do século XXI, por uma assunção da forma Estado autoritário, na qual, como escreveu Gonçalves (2003, p.36), parece que a sociedade brasileira acostumou-se a optar entre democracia ou direitos sociais¹⁶³. Assim, a vocação do Estado brasileiro é ser autoritário-intervencionista, de onde decorre a criação de uma população dependente de sua atuação e da prestação dos seus serviços, ou,

162 Essa tese encontra fundamento nas pesquisas de Draibe (1988) sobre a gênese do Estado social no Brasil, que a associa a dois períodos de intensa intervenção estatal autoritária: o período de 1930 a 1943 e o de 1966 a 1971.

163 Não me refiro a uma arquivologia restrita aos anos 1930-1945 e 1964-1983, apesar de ser verdade que nesses períodos esse argumento é quase uma evidência. Refiro-me à própria herança cultural que esse período formou na mentalidade política brasileira, criando um verdadeiro *habitus* de que o Estado brasileiro é autoritário. Oliveira (1999) tem chamado a atenção para esse perfil autoritário. Para ele, a cada três anos (entre 1930 a 1990) tivemos ou um golpe ou uma tentativa de golpe, o que mostra como a forma simbólica intervencionista do Estado brasileiro tem vocação para o uso da força e da violência. Mesmo a CF-88, é um exemplo da permanência desse Estado autoritário, pois, apesar de representar uma conquista importante com relação à socialização de direitos, ela foi incapaz de transformar a relação vertical entre Estado e sociedade, mantendo nas mãos do Estado o poder decisório de formular e implantar as políticas sociais e econômicas, ou as reformas políticas que julgar necessárias. O papel de representação, participação e controle social popular está mais atrelado ao voto (eleição, referendo ou plebiscito) ou à iniciativa popular, tutelados sob as normas processuais do Estado.

como disse Fraga (2007), de sermos viciados em Estado.

Não há como sustentar que a forma Estado autoritário desapareceu no Brasil só porque simplesmente houve o restabelecimento da ordem democrática. O que aconteceu, como preconiza Silva (2000, p.2), foi apenas o «restabelecimento do dissenso» que, apesar de ser a condição mínima para uma sociedade democrática, não é suficiente para a transformação da forma Estado. O significado desse restabelecimento é, como defende Silva e Silva (2000, p. 36-38), que os discursos sobre os direitos sociais passaram a ser referendados a um contexto histórico que introduziu novas falas, novos conceitos e ampliou antigos deveres; além de dar visibilidade a velhas questões assentadas sobre a antiga herança do regime autoritário. Essa passagem trouxe como consequência o aparecimento de uma forma híbrida de Estado, marcada por contradições, uma vez que com a redemocratização dos anos oitenta concorreram forças tanto em prol do estabelecimento de um Estado social, quanto do estabelecimento do do Estado neoliberal.

Essa conjuntura pode ser explicada por aquilo que Marx (2001, p.103-104) chamou de processo de «satisfação das necessidades da coletividade», no sentido de que o Estado burguês finge¹⁶⁴ procurar prover as «necessidades coletivas» quando cria os «salários indiretos», tais como escolas, serviços de saúde, assistência social, leis trabalhistas etc. Esse engodo se sustenta quando se comparam as novas conquistas com a situação anterior, cujo resultado é o de que parece ter havido distribuição da produção na coletividade, fazendo com que as pessoas defendam a nova situação. No entanto, isto pode ser desfeito quando se percebe que a oferta dos novos serviços não diminuíram os conflitos sociais nem as «necessidades básicas» da classe trabalhadora. Na ótica de Marx (2001, p.119), os «salários indiretos» não passam a constituir, de fato, uma vitória da classe trabalhadora, mas, certamente, a sua supressão pode ser interpretada como uma perda.

Postula-se, portanto, que a relação estabelecida entre o Estado brasileiro, por meio

164 O que o Estado procura realizar, na verdade, é a criação de um mercado consumidor. Quando este fica satisfeito, as condições são invertidas.

do seu aparelho ideológico nas suas formas simbólicas de tanatopoder, e as formas de morte dessa mesma sociedade é, necessariamente, mediada pelas relações econômicas que existem entre capitalistas e proletariado. Essa relação se materializa na medicalização da morte, que se expressa nas mais diversas estratégias de controle social sobre a forma como as pessoas morrem, indo desde a sua forma mais estatizada até àquela mais privatizada.

O caso da assistência aos moribundos por meio da previdência social brasileira nos ilustra bem isso. O sistema previdenciário, de acordo com o relato de Braga & Paula (1986), só apareceu no Brasil depois da Primeira Guerra Mundial, por meio da criação de companhias privadas de seguro do trabalho, em 1919, e das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923. Até então, enquanto não existia a necessidade da organização do capital industrial para a concessão de «salários indiretos» e controle sobre os corpos dos trabalhadores, os moribundos eram responsabilidade direta das instituições de caridade e de suas famílias.

A organização desse capital com a participação do Estado, da empresa e dos trabalhadores não tinha a preocupação de ser primariamente uma forma de assistência, mas de investimento, na qualidade de um fundo de pensão, como um seguro privado. E, como tal, a qualidade da assistência era discriminada de acordo com o porte das empresas e o nível salarial de seus empregados. Mesmo depois, com o presidente Getúlio Vargas e a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), essa lógica não foi rompida, pois, os direitos sociais se mantiveram atrelados às categorias profissionais e institucionalizados como autarquias, sob o controle direto do Estado novo. Essa lógica se manteve e se fortaleceu com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), em 1963, e com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967¹⁶⁵, sob o Estado de Segurança Nacional. O que produzia não só a necessidade social do reforço das práticas e rituais relacionados à morte

165 Apesar de manter-se preso à lógica do seguro social, o INPS possuía um padrão menos meritocrático do que os antigos IAPs, passando a incluir paulatinamente outras categorias sociais historicamente discriminadas. No entanto, foi somente com a CF-88 e com a lei federal n.8.213, de 1991, que se tem estabelecido, no nível do direito, a universalização da cobertura previdenciária no país.

das «sociedades pré-industriais», na «morte domiciliar», como produzia igualmente um fosso entre a morte assistida e a morte desassistida, criando a ideologia de que a morte hospitalizada era um privilégio de poucos, ou a completa ignorância desse costume.

Em muitos casos, a morte hospitalizada não é somente uma realidade distante ou utópica, como igualmente um temor. Os relatos populares dos mais antigos diziam: «Deus me livre! Não quero morrer no hospital», «Quero morrer em casa», «Não quero. Se eu morrer no hospital, não terei direito sequer a uma vela». Os mais jovens, mais próximos e habituados com o processo de industrialização do Estado capitalista contemporâneo, não se opunham tanto, ao contrário, em muitos casos, até desejavam-na. Não se trata de um simples conflito de gerações. Mais do que isto, trata-se do estranhamento e do assujeitamento a uma nova forma de assistência aos moribundos, à medida em que se universalizam as outras formas de assistência social e de uma acentuada divisão de classes sociais¹⁶⁶.

No Brasil contemporâneo, isto está associado à qualidade de vida e de morte, em especial à morte do homem assistido, seja a morte em UTI, a morte em centros de cuidados paliativos ou a «morte domiciliar» assistida pela indústria de *home care*, como modelos mais elitizados. Essas mortes têm vários nomes, cuja complexidade conceitual pode ser representada, como já se disse, sob as subcategorias de eutanásia, ortotanásia e distanásia. No entanto, elas não dão conta de todas as mortes que caem sob as formas de morte que correspondem à sociedade brasileira. Isto porque, tem sido comum, mesmo em ambiente hospitalar, a morte abandonada ou a morte negligenciada, como formas daquilo que Muto & Narloch (2005, p.55) chamaram de «eutanásia clandestina». E, além desta, fora do ambiente hospitalar, temos as mortes anônimas, que acontecem nos cortiços, nos becos, embaixo das pontes, nos canaviais, nas favelas... Ora, se a morte assistida tem muitos nomes, a morte

166 O paradoxo da assistência hospitalizada no Brasil não passa, diferente dos países capitalistas centrais, pelo direito à autonomia, como até sugere Möller (2007), mas pela emancipação do sujeito possuidor de direitos. Isto é, não é a questão da autonomia subjetiva o que mais prevalece nesse paradoxo que vê a assistência hospitalizada como um sonho e um temor, mas a possibilidade do seu acesso, o que passa, necessariamente pela classe social à qual o indivíduo pertence: os ricos, por terem acesso à essa forma de assistência podem escolhê-la, os pobres, desejá-la.

desassistida tem apenas um: mistanásia, o que faz da forma de morte que corresponde à forma de Estado brasileiro um fenômeno dinâmico e contraditório, exponenciado pelas diferenças sociais.

Com base nisto, pode-se afirmar que as formas de morte nessa sociedade passam tanto pela formulação e implementação de políticas voltadas para a estatização e privatização da assistência ao moribundo, quanto pela própria distribuição de renda e diminuição das desigualdades sociais. Isto mostra que convivemos tanto com a forma de morte estatizada, quanto a mercantilizada, tanto com um híbrido entre elas quanto com a sua própria negação, o que exige do Estado ações reguladoras dessa exclusão e administração das disparidades sociais.

Um exemplo dessa regulação é a tentativa de arbitrar normas para a internação dos usuários em UTIs e de critérios para o seu uso otimizado, visto que, a oferta de leitos nessas unidades ainda permanece aquém da demanda¹⁶⁷. Essa falta de critérios quando somada à supressão da morte estatizada e à visão da UTI como o lugar onde a morte pode ser adiada ou protelada, ou ainda, como o lugar «onde se faz de tudo pelo paciente», tem levado a acontecimentos trágicos que revelam certa ineficiência desse modelo¹⁶⁸. No entanto, o modelo

167 Qual seria, então, o número de leitos suficientes em UTIs? Esse percentual é calculado sobre o total de vagas da rede de saúde e deve ser de, no mínimo, 4%, embora a WHO recomende o equivalente a 10% dos leitos hospitalares. Hoje, o Brasil tem 21.528 leitos públicos e privados de UTIs, o que representa uma média de 3,74% sobre o total e emprega aproximadamente 8.672 especialistas na área. Desses leitos, aproximadamente 13 mil estão no sistema público de saúde, que atende cerca de 140 milhões de usuários. A rede privada tem aproximadamente 8 mil leitos para atender a um público de 30 milhões de usuários. A situação é pior no Norte e Nordeste. O Estado mais deficitário é Rondônia, onde o percentual é de 1,05%. O Estado com a maior oferta de leitos é São Paulo, com 5%. No todo são leitos aquém da necessidade numérica para o Brasil, de acordo com a AMIB. Some-se a isso, o fato de que, como atesta o ex-Ministro da Saúde Humberto Costa, há uma estimativa de 15% a 20% de leitos em UTIs ocupados por usuários em estado incurável (SCOLESE, 2005). Há até mesmo uma pressão sobre o médico por parte da família para manter o usuário interno, mesmo contra a necessidade. Desse modo, a opinião do MS é concentrar a criação de leitos no Norte e Nordeste e otimizar o uso dos atuais.

168 Refiro-me ao caso da morte de oito recém-nascidos, na capital cearense, em um único final de semana, por infecção hospitalar, na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (Meac), em junho de 2002. O evento tomou proporções maiores e despertou o interesse da imprensa e da classe política porque essa mesma maternidade registrou em novembro de 1996 a morte de 49 bebês. A demanda maior do que a oferta tem sido a principal justificativa dada pela administração da Meac, no entanto, as investigações levaram à conclusão de que a qualidade dos equipamentos, do pessoal técnico e da ausência de critérios para a utilização das vagas são igualmente problemáticas. Em 2000, o juiz Augustino Lima Chaves, da 12ª vara da Justiça Federal, isentou o

não foi pensado originalmente para ser o local de acolhida do moribundo, esta foi uma consequência da história do mesmo processo que levou à expropriação da morte. Assim, sem leitos suficientes, sem critérios claros para escolher, sob forte pressão familiar e social, o intensivista vive o drama da *escolha de Sofia*¹⁶⁹ que deve decidir quem sobrevive e quem morre. Nessa conjuntura, ele acaba escolhendo o usuário em estado mais grave, retardando a entrada daquele que poderia tirar melhor proveito da unidade, o que pode contribuir para agravar o seu quadro e transformar o problema em um círculo vicioso. Além disto, estas escolhas têm repercussões políticas e econômicas, como lembrou Pessini (2001, p.265):

- a) os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva geralmente estão entre os mais doentes e que necessitam de maior ajuda. Eles frequentemente estão enfrentando a própria morte;
- b) oferecer a estes pacientes o tipo de suporte de que necessitam nas unidades de terapia intensiva exige investimento de recursos significativos. Estima-se que 1% do produto Nacional Bruto dos Estados Unidos é gasto anualmente nas unidades de terapia intensiva. A decisão para aplicar recursos em tais unidades é também uma decisão implícita de limitar recursos em outras áreas da medicina;
- c) tal como em outras áreas de medicina, os cuidados críticos nos confrontam com os limites do próprio conhecimento médico. A medicina de cuidados críticos nos lembra que nosso conhecimento é fundamentado estatisticamente. As escolhas são feitas sem o conforto da certeza. Embora a medicina intensiva possa manter a vida indefinidamente, ela é praticada num contexto de limites.

Por isto, propostas que pregam a criação de normas para a internação em UTIs, bem como o uso otimizado dos leitos, não são simples e pautam várias contradições, o que lhes têm dado rumos diferentes, de acordo com as conveniências políticas e históricas. Quanto à primeira, apesar das divergências, o debate tem avançado, visto que desde algum tempo, tanto a Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) quanto as câmaras de Bioética dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) têm discutido alguns critérios. Para a AMIB

médico Chagas Oliveira do processo de homicídio culposo pelas mortes em 1996.

Surtos de infecção hospitalar ocorreram também em outros lugares do país. Por exemplo, em maio de 2001, o Hospital Regional da Asa Sul, de Brasília/DF, foi obrigado a diminuir o número de atendimentos por causa de uma contaminação pela bactéria *Staphylococcus Aerus*, resistente a antibióticos. Em agosto, novo susto. Cinco crianças internadas no hospital morreram infectadas pela *Serratia marcescens*. Na última semana de setembro de 2002, três bebês prematuros morreram em decorrência de infecção pela mesma bactéria no setor neonatal do Hospital Regional de Ceilândia. Um surto idêntico matou um bebê internado no Hospital Regional do Gama.

169 Em referência à obra de William Styron, *Sophie's choice*, que deu origem ao filme com o mesmo título.

(2007), a proposta de discutir o que chama de «Cultura da UTI»¹⁷⁰ é importante, uma vez que ela existe, mas, não se pode discutir a seleção dos leitos sem antes sanar a carência atual de leitos, que também existe. Já quanto ao seu uso otimizado, a disputa é mais acirrada, pois envolve tanto questões político-assistenciais – a substituição do paradigma da Medicina terminal pelo da Medicina paliativa; quanto mercantis – a lucratividade dos intensivistas se vê ameaçada pelos paliativistas; ou culturais – as pessoas ainda não têm no seu repertório comportamental o hábito de preterir o tratamento terminal em UTI.

Conforme noticiou Scolese (2005, p.1), a classe médica¹⁷¹ alegou que a proposta de otimização dos leitos retirava o poder de decisão do médico sobre quem precisa ou não ir a tais unidades, bem como que o real problema é a falta de leitos, não a sua seleção. A fala que a expressa, diz: «A decisão deve ser sempre da equipe médica junto com a família e não de uma lei fria, obrigando os médicos a agirem matematicamente em detrimento da casuística». Do mesmo modo, de acordo com Collucci (2005a), a classe política também se mostrou contrária à proposta. O seu argumento é o de que haveria discriminação na seleção dos leitos, o que poderia prejudicar os usuários economicamente menos favorecidos. No entanto, a discussão não foi encerrada, como o próprio Ministro Humberto Costa declarou à *Folha de São Paulo*: «Queremos fazer a discussão de forma correta, situá-la em nível técnico e impedir que haja má compreensão ou insegurança pela população» (SCOLESE 2005, p.1).

Quanto à classe política, não sei, mas a classe médica está revendo seu discurso, por meio de suas câmaras técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM), onde não só a questão da ortotanásia tem sido discutida, como a dos cuidados paliativos, da terminalidade¹⁷², do uso otimizado dos leitos dessas unidades e dos financiamentos aos congressos de

170 Essa cultura diz respeito, sobretudo, à idéia de que a UTI é o melhor lugar do hospital para receber tratamento em fase terminal. Mas isto é um paradoxo, pois, se encontramos pessoas cuja crença sobre a UTI é a de que ali é o lugar onde a morte é evitável, encontramos também a mentalidade de que a UTI é uma espécie de morredouro.

171 Falar de classe médica é uma generalização, senão um exagero, visto que, apesar de algumas falas oficiais terem sido proferidas nesse sentido, elas não produziram um consenso.

172 O que resultou na criação da Resolução CFM n.1.085/06 e na preparação de outras sobre cuidados paliativos e terminalidade da vida, conforme relatou Iwasso (2006, p.15).

Medicina¹⁷³. Isto tem passado à agenda pública a discussão sobre a assistência não-intrusiva aos moribundos, o que compreende desde a decisão de não-reanimar, de evitar a distanásia, de não indicar ou deixar de fazer procedimentos intrusivos e agressivos, de controlar a dor e prestar cuidados paliativos, entre outros. Nessa perspectiva, entram em disputa formas de controle da assistência aos moribundos, na qual a principal questão é a perda ou diminuição do poder médico, seja para a classe política, seja para a classe jurídica, ou mesmo, para os demais profissionais de saúde. O que pode impedir ou alavancar essa discussão será a segurança que os médicos sentirão nas propostas que forem sendo apresentadas.

Percebe-se, portanto, que a morte hospitalizada, apesar de ser a mais comum para o homem assistido, não é um paradigma hegemônico. Ainda que a decisão por apressar o reconhecimento da legalidade no Brasil para a ortotanásia tenha partido de um órgão de classe, o CFM, ela já estava na base da luta daqueles que há anos vêm defendendo a saúde paliativa na forma de cuidados paliativos. Mesmo com todos os avanços tecnológicos na área da saúde e a existência dessa «Cultura da UTI», há quem resista à morte fora ou afastada do seio familiar, desde que haja suporte para tal.

É claro que a «morte domiciliar» ocasiona alterações significativas no cotidiano familiar, bem como na revisão dos papéis sociais que seus membros estão acostumados a desempenhar. Isto pode trazer vantagens, sobretudo psíquicas, conforme preconizadas por Nakasu (2005) e encontradas em O'Kelly (2006), pois oferece a possibilidade de toda a família e amigos recordarem, reviverem e ressignificarem a sua existência. Ou seja, O'Kelly (2006) mostra como a consciência da morte de um moribundo que decide tornar a sua morte uma despedida menos dolorosa, bem como ajudar a construir a memória pela qual quer ser lembrado pode ser um convite para os sobreviventes pensarem na sua própria morte. Pensar em como gostariam de morrer, qual a forma de sepultamento, quais as pessoas que estarão presentes no velório, quem dirá o que, quais as memórias que gostariam de cultivar... Assim, a

173 Justiça seja feita, há um espírito de compromisso com a ética na atual gestão do CFM, discutindo inclusive com outras categorias profissionais fora da área da saúde como juristas, filósofos e teólogos.

morte anunciada, quando permite ao moribundo a clareza de sua despedida, tem função educativa, e catártica, bastante importante, que faz do morrer uma etapa da vida menos dolorosa do que a morte súbita. No entanto, nem só de vantagens vive a «morte domiciliar», principalmente se esse moribundo não é uma pessoa querida pela família e amigos ou tem um quadro clínico difícil de ser tratado. Ou então, se a sua presença aumenta significativamente as despesas da família, gerando gastos extras e comprometendo o orçamento familiar. É o que já nos alertou Neves (2004) quando disse que o moribundo pode ser privado da sua própria morte, mesmo em ambiente domiciliar, pois, nem sempre a sua presença em casa é bem quista. Por isso, concluiu-se que morrer no hospital é tão complicado quanto não morrer no hospital. Mesmo a alternativa, que obriga mais diretamente a ação do Estado, dos centros de cuidados paliativos, não deixa de ter suas complicações.

Essa complicação tem sua face econômica, pois, uma das formas de Estado em concorrência no Brasil prega que o papel do Estado diante da morte é o mesmo que diante de toda e qualquer outra questão social: transferir as suas obrigações para o «terceiro setor» ou para a iniciativa privada. Essa pregação pode ser explicitamente captada nas propostas de desospitalização e cuidados domiciliares presentes nas políticas neoliberais de assistência à saúde. No entanto, esse tipo de transferência não diminui, mas acentua a exclusão social, como já denunciara Montaña (1999, p.71).

Efetivamente, enquanto a atenção às necessidades por via das políticas sociais do *Welfare* se rege por um princípio universalista – todos contribuem para financiar esses serviços e assistência –, a saída destas respostas da órbita estatal reforça a substituição paulatina da solidariedade universal pelas formas particulares de solidariedade: o desempregado é solidário com o desempregado, o homossexual com o homossexual, o camelô com os vendedores ambulantes, o sem-teto com os despossuídos de moradia, o assalariado com o seus pares, o ambientalista com os demais ecologistas, o morador de um bairro com os seus vizinhos etc. Quer dizer, um sistema onde cada um é solidário com seus pares, com seus iguais ou semelhantes, com seu grupo de interesse particular. A substituição do princípio de solidariedade universal (presente no sistema de tributação direta, na previdência única e na seguridade e nas políticas sociais do *Welfare State*) faz com que cada grupo ou coletivo que apresenta uma necessidade ou carência particular tenha que se *auto-responsabilizar* (direta ou indiretamente) pelo financiamento/prestação da sua resposta, e isto é o grande desejo/finalidade do projeto neoliberal.

O que se oculta, portanto, neste fenômeno de *auto-responsabilização dos usuários particulares* é um verdadeiro processo de *des-responsabilização estatal* (e do *capital*) com a resposta às seqüelas da 'questão social'.

Em primeiro lugar, porque, sendo a morte um evento historicamente determinado, se as desigualdades sociais não forem diminuídas acentuarão o sofrimento e continuarão a ditar o tipo de morte que mais mata no país. No caso, a mistanásia, produzida pela fome, pobreza, negligência, corrupção, concentração de renda etc. É o que percebemos, por exemplo, com a análise da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)¹⁷⁴. De acordo com o relatório *The state of the world's children 2007*, do The United Nations Childrens Fund – Unicef (2007), o Brasil reduziu a TMI de 4,7% em 1990 para 2,5% em 2006. Mas, devido às desigualdades sociais do país, crianças pobres têm, em comparação às ricas, mais que o dobro de chance de morrerem, bem como, se além de pobres são nascidas de mães negras ou indígenas têm maior probabilidade de morte prematura.

Em segundo lugar, porque, como lembram Ruiz & Teixeira (2006, p.91), a junção da mercantilização da morte com a exclusão social resulta em uma espécie de engenharia da morte. A pessoa vale o quanto pode pagar por um *bom* plano de saúde:

(...) este talvez seja o aspecto mais apavorante da mercantilização do morrer, pois estar à margem do mundo das possibilidades de consumo significa, em maior ou menor grau, ter mais chances de morrer cedo, mal assistido e com sofrimento. É para fugir desse mundo de horrores, de um sistema de saúde que atenda de forma desigual e excludente, que a classe média deságua nos planos de saúde. Ironicamente, são nesses planos que a mercantilização da vida e da morte podem ser mais claramente aferidos. Ai daquele cujo corpo necessite de exames e outros procedimentos não cobertos pelo plano. Sua morte estará decretada. Ai daquele que necessite permanecer mais tempo na UTI, sua execução será sumária. Pobre do homem que precisar fazer tomografia computadorizada antes que o tempo para tal possa novamente ser contado. O plano de saúde, como qualquer prática de compra e venda, é regulado por um contrato comercial. Só percebemos isso quando nossos corpos rebeldes recusam-se a subordinação de leis de mercado e 'quebram' regras contratuais.

E, em terceiro lugar, porque a indústria privada de saúde não paga ao Estado

174 A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), descreve o número de mortes de crianças menores de 1 ano em cada grupo de mil nascidas vivas; representando o total dos óbitos neonatais (até 27 dias de nascido) e pós-neonatais (entre 28 dias e doze meses) em determinado município e período de tempo.

brasileiro quando usa o SUS para atender aos seus clientes. O que faz com que o Estado brasileiro seja usado para atender aos interesses do capital privado. Dados apontados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e publicados na *Radis* (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, p.7) mostram que o SUS só conseguiu receber 5% do que lhe devem as operadoras e planos de saúde. No entanto, esses números são negados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao mesmo tempo que admite que só recebeu 16% do total devido. O fato é que as empresas privadas cobram dos seus clientes, usam o sistema público e não repassam ao Estado. E, mesmo assim, não são penalizadas e continuam a operar livremente, à base de recursos jurídicos. O Estado, sem receber, se vê obrigado a diminuir a prestação dos serviços, agravando as situações anteriores. Essa é uma das principais conseqüências da mercantilização da morte nos nossos dias.

4 A EXPROPRIAÇÃO DA MORTE: da medicalização à mercantilização da morte

A expropriação da morte é a outra face da «expropriação da saúde», que nas palavras de Illich (1975) significa a determinação histórica do processo pelo qual a empresa médica vem conseguindo alienar a dor, e, o Estado capitalista vendendo a assistência como um direito. Ou seja, as práticas expropriadoras da morte estão associadas à criação daquilo que Illich (1975) chamou de «consumidor de saúde» ou de «consumidor de cuidados da medicina», e que Wolton (1974) chamou de «homem assistido». No entanto, são múltiplas as determinações que caem sob o conceito de expropriação da morte.

No Estado social é mais comum observarmos a presença de uma indústria estatal da morte, na qual o moribundo tratado como usuário do sistema de saúde. Esse sistema ou obriga o seu deslocamento de casa para unidades hospitalares públicas, *hospices* ou unidades de cuidados paliativos, ou o assiste em sua casa, sob a forma de assistência domiciliar. Uma das conseqüência desse tipo de tratamento é que ele encerrou a antiga relação paritária médico x paciente¹⁷⁵, **1:1**, a cada vez, calcada no conhecimento mútuo e na confiança, onde isto foi possível prosperar, para uma relação calcada no atendimento *express* e na relação de dependência **n:1**, onde *n* médicos atendem a **1** paciente¹⁷⁶, nas sociedades onde isto tem sido

175 O fim dessa relação paritária e o nascimento da relação de dependência é bastante coerente com a hospitalização, no sentido de que houve uma migração dos momentos mais importantes da vida e da morte para esse ambiente. Sanvito (1994, p.6-7) fala de três tipos de médicos que tipificam essa relação: o «médico humano», o «médico sábio» e o «médico tecnocrático». O primeiro é aquele que ouve e examina atentamente o paciente, sob o paradigma da «benignidade humanitária e solidária». O segundo, é uma «espécie de central de dados» que já sabe tudo, mal escuta o paciente e já lhe passa uma receita indecifrável; quanto mais competente, mais inacessível e misterioso. O terceiro, é um verdadeiro «manipulador de técnicas requintadas e de circuitos eletrônicos informatizados». Ele não se relaciona diretamente com o paciente, mas media essa relação pela máquina. Não lhe interessa a pessoa, mas o resultado dos exames. A esses três tipos ele acrescenta um quarto, ou um modelo intermediário entre o «médico humano» e o «médico sábio», trata-se do «médico empresário». Esse é aquele que só vê o lucro, faz da Medicina uma empresa ou comércio. Para Sanvito (1994, p.6-7), o «médico humano» é uma espécie em extinção e o «médico empresário» está em plena expansão.

176 Essa relação certamente é fruto da superespecialização da Medicina e da visão compartimentalizada do corpo humano, o que resulta tanto em uma fragmentação do mercado e despersonalização do sujeito.

possível acontecer¹⁷⁷. Em todo o caso, é obrigação do Estado garantir, por meio de «salários indiretos», a estrutura para que essa expropriação aconteça, seja como serviço público prestado diretamente à população, seja por meio dos seus contratos com planos e seguradoras de saúde.

Já no Estado neoliberal, é mais comum percebermos a presença de uma indústria privada da morte, na qual o moribundo é tratado como um consumidor que precisa adquirir o produto que deseja no mercado. Nesses casos, o Estado muda sua política assistencial, substituindo a oferta pela demanda, e esta tem sido praticada essencialmente sob a forma do ressarcimento à empresa conveniada que presta o serviço.

Para abarcar essa fatia de mercado e participar dos programas do Estado neoliberal, planos e seguradoras de saúde passam a aplicar preços mais populares, com serviços limitados e qualidade inferior, expandindo o seu mercado. Além desta, são criadas outras estratégias para manutenção do público consumidor por meio de campanhas publicitárias promovendo o consumo de produtos de saúde, além de incentivos e abonos fiscais etc. Assim, como «consumidor de saúde», o moribundo pode se sentir protegido e incluído socialmente sem perceber que faz parte de uma sociedade que transformou a vida e a morte em objeto da Medicina, com as suas inúmeras especialidades: obstetrícia, pediatria, gerontologia, cuidados paliativos e, porque não, tanatologia. Que permanece submisso à supervaloração da assistência, ou ao «controle social pelo diagnóstico», como escreveu Illich (1975, p.56-76).

Esse deslocamento dos hábitos de vida, inclusive do antigo *habitus mortis*, para a esfera do político institucionalizado tem gerado novas formas de exploração sócio-política do tanatopoder, tanto no âmbito do governo sobre o indivíduo quanto no do governo sobre a população. Por exemplo, a forma da morte do usuário/consumidor com aids não pode ser apartada das políticas formuladas pelos países capitalistas centrais, que só são implementadas

177 Há ainda uma população de indigentes e outros povos cuja assistência não lhes é conhecida. Para esses, estar submisso a essa forma de controle é mais do que um direito, é uma conquista e até mesmo um privilégio social, de modo que podem não se incomodar com essa expropriação, ou, ao contrário, podem até mesmo desejá-la.

quando as situações desafiadoras se tornam interesse desses Estados. Seja como forma de controle social econômico sobre os países capitalistas periféricos, porque lhes impõe o consumo de produtos e tecnologias médicas desenvolvidas por suas indústrias. Seja para atender às necessidades básicas da sua população, porque se voltam prioritariamente para os males que a atingem. Seja para satisfazer os interesses da empresa capitalista, porque o objetivo dessas políticas acabam sendo a proteção do capital privado e satisfação dos seus interesses mercantis:

Na mesma linha de exemplos, em 1998, foram gastos em pesquisa com medicamentos contra o HIV/AIDS, cinquenta vezes mais recursos do que no combate à malária, quando se sabe que as doenças vitimaram, naquele ano, um número semelhante e aproximado de 2 milhões de pessoas em todo o mundo. A diferença para essa absurda inequidade no investimento de recursos está no fato de a AIDS ter logrado visibilidade pública internacional pelos enormes danos e prejuízos causados indistintamente a países ricos e pobres. Já a malária é doença caracteristicamente 'terceiro-mundista', atacando quase que exclusivamente pobres. Por isso, não existe interesse econômico dos grandes laboratórios privados e públicos dos países centrais em investir em caras imunizações e medicamentos para quem não possa pagar por eles. O que define as prioridades não são as necessidades detectadas na realidade concreta: é o mercado. E o mercado tem se mostrado a cada ano mais perverso, com regras cada dia mais protecionistas para países ricos e, portanto, mais insensível.

Isto nos mostra que o consumo de produtos mórbidos é também uma forma simbólica de controle social sobre o tanatopoder, pois, são vendidos de acordo com a utilidade que têm para as formas de Estado às quais se articulam: a da regulação dos salários indiretos e serviços estatais, no Estado social; a da reestruturação do capital e da criação de crédito, no Estado neoliberal. Em função disto, nas sociedades contemporâneas, duas formas desse controle têm sido recorrentes: a medicalização e a mercantilização da morte. Ambas são «eventos sociais»¹⁷⁸, e portanto, só existem na sua concretude historicamente determinada. Nas sociedades capitalistas isto significa que estão atreladas ao desenvolvimento da indústria da morte e da expansão da sociedade de consumo, bem como às desigualdades sociais e as lutas

178 «Evento social» é usado aqui com o mesmo sentido dado por Denzin & Lincoln (2006, p.17), como um «acontecimento natural», no sentido de que se trata de um evento que acontece no mundo, marcado por todas as particularidades do tempo, lugar, classe, etnia, gênero etc.

sociais em torno da morte e do morrer.

4.1 Medicalização da assistência aos moribundos: controle social estatal sobre a morte

Com o advento da Medicina moderna houve também certo sucesso¹⁷⁹ no combate a algumas doenças, especialmente nos países capitalistas centrais. O que, para autores como Adam & Herzlich (2001), Elias (2001) e Ariès (2003), mudou significativamente a forma como europeus e americanos morriam, praticamente eliminando alguns temores como a peste, a pneumonia, a poliomielite e a malária¹⁸⁰. Some-se a isto o fato de que a Medicina intensiva abriu novos horizontes para a cura e as formas da morte, permitindo que médicos-cirurgiões realizassem procedimentos antes considerados impossíveis. Desse modo, passou-se a acreditar na hipótese que defende a relação entre o aumento da produção de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Isto tem dado crédito às ciências da saúde em geral e à Medicina em particular, colocando o que Couder & Rösch & Sandier (1972) chamaram de «indústria de cuidados médicos» em elevado crescimento econômico.

Esse crescimento tem produzido não só mais controle sobre os corpos como também novas frentes de batalhas entre os capitais, pois, cada uma das empresas que disputa o controle sobre o tanatopoder disputa também as maiores fatias de lucro. O investimento passa a ser a principal estratégia, que repercutirá depois nas formas de assistência. Quem detém o capital para investir em ensino, pesquisa e propaganda determina o que pode ser pesquisado e ensinado. Quem financia as conferências, os congressos, simpósios e, até mesmo, as assembleias deliberativas das associações de profissionais de saúde tem em suas mãos o poder de influenciar as decisões nessa área. E esta não é uma prática do passado, mas uma estratégia política do presente, como já denunciaram Pessini & Barchifontaine (2005, p.199):

179 Sucesso esse reconhecido por Illich (1975) mas bastante questionado quanto à sua natureza: eficácia ou alienação dos meios de produção do saber e expropriação dos corpos? Illich prefere ficar com a segunda opção.

180 As pesquisas de Illich (1975) consideram essa associação precipitada, senão errada.

(...) A companhia farmacêutica Eli Lilly gastou, nos últimos anos, 250 milhões de dólares em escolas médicas nos Estados Unidos com o objetivo de reforçar o currículo no sentido de doutrinar o estudante para maior conhecimento farmacológico e maior utilização de drogas. É preciso convencer a qualquer custo que cada doença tem uma causa definida e, portanto, deve ter a sua bala mágica ou seu míssil que a fulminará. A estratégia dos trustes farmacêuticos é convencer de que saúde é uma mercadoria como outra qualquer. A compra de medicamentos (e de atos médicos) é o único meio de preservar, melhorar ou restabelecer a saúde. Tenta-se convencer a classe médica, bem como o público em geral, de que um dia todas as doenças serão curadas pela ação de um procedimento farmacológico e/ou cirúrgico.

Com o controle sobre as formas de assistência, a empresa médica passou a ditar as normas de produção e consumo de saúde, ampliando o domínio do poder capitalista sobre os corpos. Isto tem sido feito, principalmente, por meio da aplicação das tecnologias e saberes médicos em situações-problema [*issue*] que não eram, até então, tratadas como de natureza médica. Situações-problema que antes eram encaradas como questões jurídicas, policiais, religiosas ou morais têm sido deslocadas para o campo da Medicina, na qual são mais facilmente aceitas, como atesta Illich (1975, p.75):

(...) Cada vez mais as pessoas sabem no subconsciente que estão fatigadas e doentes por seu trabalho e seu lazer passivo, mas querem ser enganadas e que se lhes diga que a doença física isenta-as de toda a responsabilidade política e social. Querem que seu médico se comporte como um homem de lei ou como um padre. Enquanto homem de lei, o médico isenta o paciente de seus deveres normais e lhe permite retirar dinheiro dos fundos de seguro que ele foi obrigado a constituir. Enquanto padre, o médico se faz cúmplice do paciente na criação de um mito segundo o qual este último é apenas vítima inocente de mecanismos biológicos, e não o desertor preguiçoso, cúpido ou invejoso de uma luta social onde o troféu é o domínio dos instrumentos de produção. A vida social resume-se em organizar e submeter-se a terapias médicas, psiquiátricas, pedagógicas ou geriátricas. Reivindicar tratamento se transforma num dever político e o atestado médico, num meio poderoso de controle social.

Essa mesma argumentação encontramos em França (apud PESSINI, 2001, p.53) sob o nome de psiquiatrização da sociedade, cujo sentido é o de trazer para a Medicina questões não médicas, ao ponto de, para algumas pessoas, terem um diagnóstico psiquiátrico é até mesmo uma questão de identidade. Cito-o:

(...) há uma psiquiatrização da sociedade. Já existem quase 500 tipos de transtorno

mental e do comportamento. Com tantas descrições, ninguém escaparia de um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido e você forçar um pouquinho, ele pode ser enquadrado numa categoria social. Se ele tem uma mania, leva um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a criança está agitada, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se o indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra, pode entrar numa categoria dessas e sair de lá com diagnóstico e um tratamento na mão. Até eu, se não me cuidar, acabo me enquadrando em quatro ou cinco casos. Às vezes atendo clientes que saem muito chateados porque eu digo que eles não têm nada (FRANÇA *apud* PESSINI, 2001, p.53).

Esta é a realidade que cai sob o conceito de medicalização: a de uma sociedade que, empolgada com os avanços tecnológicos e científicos, passou a aceitar as regras de higiene e de controle sobre os corpos exercidas pela empresa médica. Uma realidade na qual o homem passou a se desconhecer e, cada vez mais, pertencer a outrem. A perder suas antigas habilidades sociais para lidar com a própria saúde, a doença e a morte, visto que passou a confiar o cuidado do seu próprio corpo, identificado agora como um autômato, a outro. Um ser humano que deixou de ser *são* ou *doente* para ser portador ou imune a determinadas doenças. Nesse sentido, a medicalização é uma estratégia do capitalismo que conseguiu paulatinamente o deslocamento do controle sobre *tanatopoder* das mãos dos eclesiásticos para as mãos dos burocratas estatais e da empresa médica. Junto com esse deslocamento vieram os recursos e o lucro. Pessini (2001, p.52) também observou isto, e escreveu:

A medicalização pode também tomar outro rumo: o da expectativa pública da medicina que, ao tratar os sintomas médicos, poderia resolver os grandes problemas sociais. Por razões práticas de orçamentos e aceitação pública, problemas individuais e sociais, que podem ser classificados como 'médicos', atraem muito dinheiro e recursos. Os programas médicos são mais populares do que os de bem-estar social, e os problemas definidos como médicos são mais facilmente aceitos do que os mesmos problemas rotulados como questões de crime, pobreza ou moralidade – dependência química, por exemplo.

Como «evento social», a medicalização se dá sob diversas formas, conforme as conjunturas nas quais é construída. Para Bacon (1924, p.183; 596-597), já no século XVII, ela pode ser dividida em três ofícios: a preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida. Aqui vamos detalhar como o conceito de medicalização pode ser

aplicado a cada um deles. Trata-se, portanto, de um modelo explicativo, bastante coerente com a teoria de Wolton (1974) do «homem assistido».

a) A Medicina preventiva ou a medicalização da saúde

Imagine a seguinte situação: uma pessoa, por insistência de outra, é incentivada a consultar-se com o cardiologista, pela primeira vez. Após o primeiro encontro, ela sai do consultório com uma lista de exames adequados à sua idade e estilo de vida para serem realizados. Submete-se a todos. Recebe os resultados e retorna ao médico. Não havia nada com o que se preocupar, exceto o fato de que a literatura diz que tais exames não dão nenhuma garantia. O médico parecia já ter dado por encerrada a consulta e ela se preparava para sair quando este a surpreende: «aqui está a lista das atividades e dos cuidados que o sr. deve tomar». Eis o espanto: se exames puseram à prova a saúde e estilo de vida daquela pessoa, nos quais passou sem ser classificado em nenhum grupo de risco, porquê ela deveria seguir tais orientações?

O espanto inicial é atenuado com a percepção de que faz parte do ritual da consulta (primeiro encontro e retorno) sair com um produto adquirido, e não a simples informação de que está tudo bem. O proferimento «você está bem» poderia significar «você não precisa de mim» e, de algum modo, o cardiologista tem que se sentir útil à vida daquela pessoa e esta depender dele. Quanto mais o seu estilo de vida estiver pautado pelos comandos dele, mais ela está próxima da sua existência e, quem sabe, consumidor dos seus serviços, mesmo que para ouvir, agradavelmente, «você está bem». Afinal, elogios também podem ser comercializados. Mas, por que alguém deveria ir continuamente ao médico se está bem? A resposta: para saber que está bem, para se prevenir de cair doente ou saber antecipadamente de algum provável mal e tratá-lo a tempo, ou retardar o seu aparecimento¹⁸¹. Em poucas palavras: para consumir saúde.

181 Há por trás disto um argumento ameaçador: «Hoje você está bem, amanhã pode ser diferente».

Nesse sentido, a primeira determinação conceitual que cai sob a categoria saúde preventiva é a de que ela é uma expansão do mercado e a conquista de um público que anteriormente não consumia os produtos da empresa médica. Ou então, como escreveu Illich (1975, p.61), é a criação do «paciente não doente»: «A extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. Não é preciso estar doente para se transformar em um paciente». Esta criação se assenta sobre uma idéia geral bastante difusa em vários meios de que é melhor evitar a doença. Prevenir é o melhor remédio. Segundo Pessini (2001, p.56), essa consciência e as formas de como pô-la em prática deveriam ser o primeiro dever de todos os profissionais de saúde.

De acordo com a cronologia dos fenômenos, esse paradigma é posterior ao da saúde curativa, tendo surgido somente quando houve a percepção para esse novo nicho de mercado, visto que, antes da saúde, a mercadoria dominante era a doença, como escreveu Illich (1975, p.61):

Com a medicina curativa aplicando cada vez mais seus esforços em doentes para os quais ela é ineficaz, dispendiosa e penosa, surgiu um novo capricho: a prevenção da doença realizada por novos profissionais encarregados da manutenção dos corpos. Após os cuidados de doença, cuidados de saúde tornaram-se uma mercadoria, isto é, qualquer coisa que se consome e não qualquer coisa que se faz.

E, aliás, em certo sentido, mesmo quando se comercializa a saúde preventiva muitas vezes ainda é a doença que é a principal mercadoria, ou pelo menos, o temor a ela. Esse temor é justamente a segunda determinação conceitual desse paradigma, pois, ao dizer que o conhecimento precoce de algumas doenças está associado à sua cura, mercantiliza-o tanto quanto a esperança. Isto porque, se dentre as formas de temor, a de ter uma doença incurável como aids, diabetes e câncer¹⁸² é a grande campeã, a ideologia de que o diagnóstico precoce aumenta a possibilidade de cura, ou pelo menos de uma sobrevivência com mais qualidade, é a esperança que se vende junto com a comercialização da saúde preventiva.

182 Somente alguns tipos de câncer são incuráveis, refiro-me a estes.

A história recente das doenças e a propaganda que se faz das ações bem sucedidas para mapear essa relação, é testemunha dessa associação. Assim, quando uma revista como a *Radis* (2007c, p.5) ou a *Veja*¹⁸³ noticiam que o câncer de mama quando diagnosticado precocemente ainda pode ter cura, exerce também o papel de divulgar a indústria dos exames laboratoriais. A indústria dos *check ups*. Pois, o médico ou o paciente que toma conhecimento da informação, veiculada expansivamente para todos os públicos, se encontra pressionado a realizar tais exames, «antes que seja tarde». A *Radis*, por exemplo, não questiona o fato de a pesquisa se fundamentar em apenas uma unidade de atendimento, o Hospital A.C. Camargo (antigo Hospital do Câncer), bem como que não devemos confundir registro com realidade. O que se pode dizer é que, dos casos registrados, houve um aumento de diagnóstico precoce de 30% para 76% no número de mulheres com câncer de mama em estágio inicial. Mas, esse número se refere só às mulheres atendidas. Não diz nada sobre as mulheres não atendidas, bem como não diz que nem todas as mulheres com diagnóstico precoce conseguiram a cura. O grupo de 20% das mulheres diagnosticadas precocemente e que morreram é bastante elevado. E, a sobrevivência de cinco anos não diz muito, pois, não se sabe se em decorrência do tratamento, de um acaso ou de outra causa não considerada, visto a impossibilidade de uma metodologia científica que estabeleça controle para esses casos.

Do ponto de vista das políticas que visam o controle social sobre os moribundos, mesmo que esses dados não apresentem provas científicas, eles justificam os investimentos que são feitos na mídia. Os governos estão comprometidos com agências publicitárias e de comunicação que precisam veicular campanhas. Assim, a indústria da morte amplia a sua participação no mercado em vista de novos nichos e maiores lucros.

Pergunta-se: e as 10.400 mulheres que morreram em 2006, vítimas de câncer de mama no Brasil? Resposta: são suprimidas, desaparecem, ou no máximo, viram estatística. por que importa a seguinte mensagem: «procure um médico, consuma produtos de saúde

183 Refiro-me à reportagem de Bergamo (2006, p.102-103). Cito estes dois periódicos como ilustrações díspares da expansão desse tipo de propaganda.

preventiva». E, se não procurarem um médico e forem vítimas de câncer de mama? Não viram estatística, viram culpadas: «elas não se cuidaram», «não investiram em si mesmas», «foram descuidadas», «hoje em dia isto não é mais admissível». Dessa acusação, tira-se a terceira determinação conceitual que cai sob essa categoria, a de que ela é uma espécie de economia da saúde. Ou seja, ao lado do argumento moral de que a saúde preventiva deveria ser a primeira obrigação do profissional de saúde, Pessini (2001, p.56) cita outro, de ordem econômica¹⁸⁴. Este é o de que a prevenção reduz a intensidade da doença e, conseqüentemente os gastos com ela, o que faz da saúde preventiva uma espécie de investimento, de poupança para a velhice:

Os esforços em promover a saúde e prevenir as doenças trarão benefícios econômicos, uma vez que reduzirão a expansão e o peso da morbidade e das doenças crônicas no período de envelhecimento. Ainda que em determinadas instâncias os esforços em promover a saúde se tornem caros, eles representam, no final, o menor custo em termos de obtenção de saúde. (PESSINI, 2001, p.56).

Nesse sentido, a saúde preventiva pode ser subsumida de acordo com o seu enfoque e suas posturas comportamentais em duas classes de motivações: a manutenção da saúde e o retardo do aparecimento de alguma doença geneticamente previsível. Apesar de não serem excludentes e terem como forma simbólica a cultura do *check-up*¹⁸⁵, cujo desenvolvimento está ligado ao advento das indústrias farmacêutica e laboratorial, os métodos e objetos de cada uma delas são diferenciados. Ao passo que a primeira classe pode ser

184 É claro que Pessini (2001, p.57) não a isola e nem a transforma no único objetivo da Medicina. Ele sabe, como escreveu, que a morte somente pode ser adiada e que as doenças, em geral, não podem ser totalmente vencidas. E, por mais que nos desfaçamos do hábito de pensar o sistema de saúde como um sistema para cuidar de doentes, é importante resguardar que um paradigma não pode estar isolado.

185 Digo que o *check-up* é uma forma simbólica porque virou um artigo de moda, como defendeu Illich (1975, p. 61): «(...) O consumo de cuidados preventivos é cronologicamente o último dos sinais de *status social* da burguesia. Para estar na moda, é preciso hoje consumir *check-up*». Tornou-se uma regra comum: já que paguei, vou consumir. No entanto, não é fácil determinar os critérios técnico-científicos que norteiam os *check-ups*, pois, como toda produção científica, eles oscilam de acordo com as sociedades e as novas tecnologias. Assim, se até 1994 a pressão arterial ideal chegava a 16 x 9, em 1998 passou para 14 x 9, chegando em 2002 a 12 x 8. Em 2003 a AMA considerou 12 x 8 o limite da hipertensão, critério que não é seguido nem no Brasil nem na Europa. Mudanças e desacordos parecidos ocorreram também com a taxa de glicemia e de colesterol (BUCHALLA, 2008, p.104-105).

considerada mais dietética e não-medicamentosa¹⁸⁶, como uma máxima pseudo-hipocrática¹⁸⁷ de que o alimento deve ser o principal medicamento. A outra tende a fazer uso dos medicamentos, especialmente os medicamentos suplementares e, ainda em nível excepcional, os ortomoleculares. No entanto, ambos têm em comum fundamentos na capacidade científica de predizer o aparecimento de doenças ou no prolongamento da saúde por meio de informações sobre hábitos e química genética. Desse modo, a saúde preventiva ou Medicina preventiva está na gênese da mercantilização da saúde, cujo esquema funcional geral é:

Repertório de *chek-ups* x Repertório de resultados x Repertório de práticas preventivas.

No âmbito da Biopolítica, esse paradigma também pode ser compreendido como forma simbólica da domesticação dos corpos, pois, o que ele passa a consumir como alimento, a praticar como exercício físico, a regular como ritmo circadiano, e, até mesmo a consumir como cosmético, muitas vezes está prescrito sob orientação médica. Essa orientação pode ser tanto individual quanto aquela divulgada pelos meios de comunicação de massa, sob a forma daquilo que Boltanski (1979, p.31-33) chamou de «difusão do conhecimento médico». Criase, portanto, desde cedo o hábito de dependência e de confiança na empresa médica, conforme atestou Illich (1975, p.65), visto que o paciente «(...) aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se em um paciente para o resto da vida». Não se trata, na minha acepção, da volta de uma relação calcada na confiança, mas, uma vez que essa entrega é cega e expropriadora, digo que se trata de uma relação baseada na dependência. Uma dependência médica, ou, da empresa médica.

186 Isto se excluímos as dietas à base de vitaminas processadas industrialmente ou os «preparos químicos compostos» (os famosos *shakes*) como não-medicamentos.

187 Digo pseudo-hipocrática porque, apesar de alguns manuais de Medicina, e mesmo algumas citações antigas trazerem o aforismo «Que o teu alimento seja o teu remédio e teu remédio seja o teu alimento», não a encontrei nas versões mais críticas do *Corpus Hippocraticum*, bem como quando comparada com os aforismos mais autênticos, ela parece não fazer muito sentido dentro da teoria dietética de Hipócrates, para quem o alimento tanto pode ser algo bom quanto ruim, dependendo de inúmeras conjecturas.

b) A Medicina curativa, terapêutica ou a medicalização da doença

O segundo paradigma médico¹⁸⁸, cujo foco é a ação terapêutico-curativa, pode ser apresentado como saúde curativa, saúde terapêutico-curativa ou ainda Medicina curativa ou Medicina terapêutico-curativa. Tal modelo atua sobre a doença ativa, crônica ou não, com o intuito de curar os sintomas clínicos ou eliminar a própria causa da doença, segundo um esquema funcional que equaciona um repertório de sintomas com um repertório de doenças e um repertório de práticas.

Dependendo do seu enfoque, podemos apresentar variações dentro desse paradigma. A primeira, cujo enfoque é a cura propriamente dita das causas da doença, merece o nome de saúde curativa. O seu esquema funcional é:

Repertório de sintomas x Repertório de doenças x Repertório de práticas curativas¹⁸⁹

A categoria que suprassume essa prática é a de cuidado crítico, cujo sentido é o de que as necessidades dos usuários com doenças ou ferimentos agudos podem melhor ser atendidas se eles forem agrupados em áreas especializadas do hospital. Para satisfazê-las surgiram as unidades especializadas em terapia intensiva.

Em termos gerais, isto nos remete aos ajustes realizados nos paradigmas médicos pelo mecanicismo. Nesses ajustes, o tecnológico se tornou necessidade clínica, de modo que tem sido difícil considerar a assistência à saúde sem acrescentar-lhe a aparelhagem médica e laboratorial. Ou mesmo, considerar uma assistência de qualidade quando desprovida dela. Justamente por isto, Pessini (2001, p.217) considerou que o cuidar se tornou um «(...) prêmio de consolação quando o conhecimento e as habilidades técnicas não conseguem vencer a morte». Assim, ao invés de ser parte do processo, em muitos casos, o cuidado humanizado

¹⁸⁸ Em termos cronológicos, o primeiro.

¹⁸⁹ Nas práticas curativas se inclui a administração de medicamentos com fins curativos.

tem sido visto como uma alternativa ao fracasso tecnológico.

Em termos particulares, isto nos remete aos EUA, quando a partir de 1926, o Dr. Dandy, influenciado pelas idéias da enfermeira Rouxinol de Florença e amparado pela tecnologia de suporte à vida já existente, abriu uma *Intensive Care Unit* (ICU), com apenas três camas, no *Johns Hopkins' Hospital*, na cidade de Baltimore. Um ano depois, o *Sarah Morris' Hospital*, em Chicago, já copiava o modelo (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2007). No entanto, foi só durante a Segunda Guerra Mundial, de acordo com Cummins (1999, p.20-40), que a idéia ganhou fôlego e se aperfeiçoou enquanto prática, principalmente através da contribuição de Peter Safar e Claude Becker.

Em 1947 e 1948, na Europa, nos EUA e na Dinamarca, a luta contra a poliomielite resultou em um tratamento contra a paralisia respiratória e o surgimento da ventilação mecânica, o que conduziu à organização de ICUs cada vez mais especializados. Nessas unidades, as técnicas de ressuscitação, o cuidado intensivo e as cirurgias realizadas obrigaram o desenvolvimento de posturas e revisões conceituais do tratamento dispensado aos doentes críticos. Some-se a isso o fato de que, logo após essa guerra, a falta de recursos humanos para o cuidado ostensivo à saúde obrigou o agrupamento de feridos em quartos de recuperação, monitorados intensivamente. Em pouco tempo, o sucesso advindo com o cuidado e a monitoração de usuários mecanicamente ventilados levaram ao surgimento de outros ICUs. Foram, então, organizados ICUs gerais para doentes críticos, bem como para usuários em pós-operatório. Os benefícios óbvios, manifestos pela melhoria das condições de saúde desses usuários, resultaram na propagação, por volta de 1960, de quartos de recuperação em quase todos os hospitais do mundo (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2007). No Brasil, os primeiros ICUs, já sob o nome de UTI, datam da década de setenta, paralelo e sob a influência da criação nos EUA da *Society of Critical Care Medicine* (www.sccm.org). Note-se que a intenção inicial dessas unidades está voltada para o doente crítico, não para o moribundo. Inclusive, o seu sucesso pode ser atribuído justamente a essa orientação.

A segunda variação da saúde curativa, cujo enfoque não é a causa da doença mas

o controle dos sintomas, seja por meio da sua supressão, seja por meio de sua atenuação ou alívio, digo que merece o nome de saúde terapêutica¹⁹⁰. O seu esquema funcional é:

Repertório de doenças x Repertório de sintomas x Repertório de práticas terapêuticas

Nas práticas terapêuticas se inclui a administração de medicamentos com fins não-curativos, ou só parcialmente curativos, como por exemplo, a administração de medicamentos psiquiátricos, cuja finalidade é o controle dos sintomas e não a eliminação da doença ou do seu efeito direto sobre as prováveis causas psicológicas ou sociais da doença. Remove-se ou procura-se controlar, nesses casos, os sintomas – na qualidade de ação emergencial – e se confia em um efeito extensivo ou indireto. Quando muito, a cura biológica é dada como suficiente para a cura da doença como um todo, mesmo que as suas causas ultrapassem essa dimensão.

Um dos problemas da confiança em medicamentos para fins terapêuticos é a ineficácia comum a todos os fármacos, mensurada pela relação entre o número de pacientes que tomam o medicamento e o efeito real que esse remédio produz. Ou seja, a relação custo-benefício de um fármaco, cujo índice tem como nome *Number Needed to Treat* (NNT). Esse índice é calculado levando-se em conta o número de pessoas medicadas e o número de pessoas que ficaram curadas graças ao medicamento. Em alguns casos, conforme Buchalla (2008, p.108), o NNT chega a 71, como é o caso do uso da estatina para reduzir o LDL (colesterol ruim). Isto é, para cada 71 pacientes medicados com estatinas para reduzir o LDL para o patamar de 80, apenas um não morreu ou infartou graças ao uso do medicamento.

Em termos práticos, não é fácil decidir quando se encerra o tratamento curativo e começa o terapêutico, ou quando o terapêutico pretere o curativo. Isto depende de inúmeras circunstâncias que vão desde a natureza da própria doença, à tradição clínica de abordá-la e às

190 Como seu foco de ação não é a terminalidade, mas os sintomas de doenças não ameaçadoras da vida, não quero deslocar essa ação terapêutica para a saúde paliativa

condições sócio-econômicas nas quais o profissional de saúde atua.

c) A Medicina terminal, paliativa ou a medicalização da morte

Para Bacon (1924, p.595), já na sua época, o ofício da Medicina que corresponde ao prolongamento da vida era a parte mais nova e deficiente, no entanto, a mais nobre de todas. A gênese desse paradigma remete ao sentido clássico de eutanásia¹⁹¹, como a boa morte, ou a morte fácil, sem dor. Nesse sentido, a sua tese é a de que o trabalho da Medicina deve-se voltar para os meios que garantam a longevidade das pessoas e, quando não for mais possível, que procure garanti-lhes uma boa morte. Isto deu margens a algumas interpretações dissonantes e contraditórias acerca desse ofício dependendo da visão que se tenha sobre quais devem ser os cuidados dispensados aos moribundos. Dentre essas interpretações se destacam duas práticas: a Medicina terminal e a Medicina paliativa. Ambas como estratégias de controle sobre a forma como as pessoas morrem por meio da expropriação da dor, sob a forma simbólica da morte humanizada.

- A Medicina terminal e a obstinação terapêutica

Os avanços científicos e tecnológicos, a melhoria da qualidade de vida da população e seu conseqüente envelhecimento, a inserção das práticas médicas no mercado de consumo e as pressões culturais e demandas públicas têm desafiado a idoneidade moral dos profissionais de saúde. Isto porque, graças aos avanços tecnológicos e ao sucesso acumulado no controle dos sintomas relacionados à morte, a equipe hospitalar tem se comportado como quem acredita que a morte também pode ser controlada ou permanentemente adiada. Em conseqüência, os equipamentos médicos não são interpretados como meios, mas como

191 Até onde sei o termo é um neologismo baconiano, de inspiração grega, para designar a boa morte (eu + thanasia).

máquinas que precisam estar ocupadas, o que pode dar razão a Illich (1975, p.66), quando disse que a ciência médica passou a ocupar na vida das pessoas o papel que outrora desempenhou o curandeiro, transformando-a, em muitos casos, em uma espécie de curandeirismo¹⁹².

A esse tipo de prática, Illich (1975, p.66, nota de rodapé) deu o nome de Medicina terminal, que «(...) designa os recursos terapêuticos e técnicos empregados usualmente na tentativa de adiar a morte praticamente inevitável de portadores de males irreversíveis». O que não é, senão, outra forma de dizer distanásia, ou o prolongamento da morte dos moribundos por meios clínicos, impedindo-os de morrerem dignamente. Desse modo, a distanásia é um atentado à dignidade humana, ou como ele denunciou, uma das faces da «iatrogênese social»¹⁹³.

Nesse sentido, apesar dos questionamentos contra a associação que Illich fez entre Medicina e curandeirismo, o argumento de que os médicos se comportam como quem trava uma luta heróica contra a morte é verdadeiro. Ainda existe uma tradição bastante forte dentro da Medicina que faz da prática médica o lugar onde o milagre pode acontecer, de modo que, como se diz, «acima do médico, só Deus». Isto também foi teorizado por Ruiz & Teixeira (2006, p.90), para quem esse argumento decorre de uma «sociedade que patologiza a morte», como algo «antinatural», tipificando-a como eterna inimiga:

Em outra vertente, numa sociedade que patologiza a morte como algo antinatural, torna-se necessário expandir os serviços médicos oferecidos por uma medicina cada vez mais escravizada frente ao aparato tecnológico, nem tanto pelo paradigma da promoção da saúde, mas, principalmente, pelo paradigma que vê na morte uma eterna inimiga.

Há uma imagem de Saliger, chamada *O Médico [Der Arzt]*, de 1920, que

192 Para significar essa associação entre a Medicina terminal e o curandeirismo, disse Illich (1975, p.66-67) que «(...) é preciso ver nela a manifestação de uma necessidade muito profunda de milagre. A Medicina terminal é o mais solene elemento de um ritual que celebra e consolida o mito de que o médico trava uma luta heróica contra a morte».

193 A Medicina terminal, ou a sua correspondente na Bioética, a distanásia, constitui aquilo que Illich (1975, p. 66-67) chamou de «quinta dimensão da iatrogenia social». Por «iatrogenia» se compreende o dano causado pelo exercício da Medicina. A «iatrogenia social» são os danos sociais causados pelo monopólio médico sobre a saúde dos indivíduos e da população.

representa claramente essa postura: o médico toma entre os seus braços, pelo lado esquerdo, o corpo desfalecente da moribunda, que com suas últimas forças tenta se agarrar ao seu protetor, enquanto esse a apóia com uma mão e, com a outra, procura manter a morte distante, que se agarra à cintura da moribunda. Essa imagem bem que poderia ser intitulada de A toleima entre o médico e a morte.

Fotografia 03: *O médico*, de Ivo Saliger



Fonte: Acervo do autor, 2007.

Nessa perspectiva, a morte precisa ser negada, interdita, para que a prática médica faça sentido. Quando a equipe hospitalar cede a essas tentações e passa a ser o seu principal agente operacional, dá-se-lhe o nome de obstinação terapêutica.

O termo obstinação terapêutica pode ser, conforme Pessini (2001, p.30-31; 2003, p.390), uma tradução do francês *l'acharnement thérapeutique*, mais de uso europeu, introduzido provavelmente no anos cinquenta por Debray. Já outros termos tais como futilidade médica [*medical futility*], tratamento fútil [*futile treatment*] ou simplesmente futilidade [*futility*] são mais de uso norte-americano. É o caso, por exemplo, de Doyle (1952, p.1106), que falou em «terapia médica fútil» [*futile medical therapy*], no sentido de que os

médicos de sua época¹⁹⁴ gostavam mais da mesa cirúrgica do que da sala de diagnóstico. No entanto, para Pessini (2001, p.30-31) eles são sinônimos e descrevem a mesma realidade: a prática da distanásia, ou o emprego de «(...) tratamento fútil e inútil, que tem como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento».

Este tipo de argumento é bastante coerente com a tese de Leriche (1951, p.12), para o qual existe entre os médicos uma «obstinação pela prática cirúrgica», tal qual uma «paixão chamejante pela atividade esportiva». Ou com Boltanski (1979, p.116-117), que há quase três décadas disse ser o corpo do outro tratado nas ciências médicas como um «objeto reduzido em suas propriedades» para se tornar «objeto de uma única necessidade»: a necessidade de consumir produtos de saúde.

Ora, a redução das necessidades dos moribundos praticada pelas ciências médicas significa a redução das práticas assistenciais ao paradigma curativo: a de que todo corpo necessita de cura. Isto vem conduzindo os profissionais de saúde à obstinação terapêutica, que por sua vez, obsedia o olhar profissional sobre o moribundo, fazendo com que ele veja exclusivamente a doença, impedindo-o de perceber que não há nada, em termos curativos, a ser feito quando o corpo necessita apenas de cuidados¹⁹⁵. Assim, tendo suas necessidades reduzidas, dentre as quais a de morrer, o moribundo não é tratado como um ser multidimensional, sendo-lhe dispensado tratamento fútil, conforme lembra Pessini (2001, p. 32): «Na luta pela vida, em circunstâncias de morte iminente e inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica que, ao negar a dimensão da morte, submete a pessoa a uma morte dolorosa».

E isto tem acontecido mesmo depois da *Declaração de Veneza*, adotada pela 35^a Assembléia Geral da *World Medical Association*, em 1983, que falou abertamente em fracasso terapêutico dos recursos médicos e na administração de cuidados paliativos para aqueles

194 Década de cinquenta.

195 A obstinação terapêutica interdita a tendência que deveria ser a de desconsiderar as práticas médicas intrusivas aplicadas à cura dos doentes para criar novas relações e técnicas mais associadas ao cuidado. Ela não percebe que o moribundo, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica curativa conhecida e aplicada.

pacientes nos quais já ficara provada a incurabilidade (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1983). Na minha análise, isto preconiza, tal como encontramos no espírito do art. 61, parágrafo 2º do *Código de Ética Médica* (BRASIL, 1988), que o médico não deve abandonar o moribundo, mas deve continuar assistindo-o «(...) ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico e psíquico».

Uma das dificuldades para trazer à prática esse princípio passa pelo universo conceitual, pois, dizer quando um tratamento médico é fútil não é uma tarefa fácil, visto que existem muitas questões a serem consideradas, das mais diversas ordens. Às vezes ele aparece em alguns discursos como uma questão filosófica, em outros como uma questão política, econômica ou tecnológica. Para Pessini (2001, p.62), por exemplo, a definição de tratamento fútil não é uma definição metafísica, mas pragmática, cujo sentido é dado em função do seu uso. O que preenche essa função é o objetivo ao qual o tratamento se presta. Ou seja, o tratamento é fútil ou não em relação ao objetivo que ele se propõe:

Quando entendemos a futilidade ligada aos objetivos, fica claro que os tratamentos não são nunca fúteis por si, mas fúteis em relação a alguma coisa. Os tratamentos só podem ser julgados fúteis em relação aos objetivos particulares que pretendiam atingir pelos quais podem ser usados como instrumentos.

Nesse sentido pragmático, os objetivos do tratamento devem ser expostos antecipadamente: profissionais de saúde e moribundos precisam saber o que esperam um do outro e o que podem esperar da tecnologia e dos medicamentos disponíveis. Não se pode fazer um juízo do tipo «transfusão sanguínea nesse paciente seria fútil» e considerá-lo válido, pois, de acordo com Pessini (2001, p.62), falta a referência: fútil em relação a quê? O juízo correto deveria ser « transfusão sanguínea nesse paciente seria fútil em relação ao objetivo de curar o processo da doença». Isto, no entanto, não resolve o problema, apenas o esclarece, pois, determinar quais são os objetivos nem sempre é algo fácil. Há conflitos de interesse nesse âmbito, o que faz com que objetivos concorrentes sejam apresentados ora como fúteis, ora não, de acordo com as tendências internas da própria Medicina, ou intrusiva ou paliativista. É

preciso algo mais sólido, que Pessini (2003, p.389) localiza na ética, como algo que deve permanecer acima dos interesses institucionais e dos recursos tecnológicos.

Möller (2007, p.42-45) também concorda que a definição de obstinação terapêutica deve ser, necessariamente, uma definição pragmática, marcada pelas conjunturas nas quais ela acontece:

A caracterização de futilidade, no contexto da prática médica, baseia-se em geral tanto nos dados clínicos obtidos com a realização de exames, como na experiência do médico com a aplicação de terapias em casos similares. Além disso, tratamentos considerados de aplicação incomum, não usual (a exemplo de medicamentos novos, não testados ou em fase experimental) tendem a ser rejeitados ou ao menos considerados como opcionais; já tratamentos considerados como procedimentos *standards* em certas situações clínicas, aceitáveis pela comunidade médica (de uso comum ou habitual), tendem a ser considerados como obrigatórios.

A decisão de não ofertar, retirar ou prosseguir um tratamento é, para essa autora, assim como para Pessini (2001; 2003), uma decisão moral. E, por decisão moral, Möller (2007) também compreende a decisão baseada na comunicação dialogal, esclarecida e esclarecedora. Ou seja, esse tipo de decisão não pode ser unilateral. Para argumentar a favor disto, ela opõe a nova mentalidade assistencial, pautada na Bioética, ao antigo modelo médico de cunho paternalista. Assim, a obstinação terapêutica é produto de uma prática médica que não respeita a autonomia do moribundo, de modo que a verdadeira questão é o respeito inviolável ou não a essa autonomia e, nos casos previstos pela lei, à do seu responsável legal:

(...) entende-se que nenhuma decisão quanto à limitação ou à oferta e seguimento de tratamento pode ser tomada, sem levar-se em conta a autonomia do paciente e sem o devido respeito aos seus valores, crenças e desejos. Médicos e pacientes (ou seus familiares) podem ter diferentes concepções acerca da futilidade, ou não-futilidade, de uma determinada terapia. Cabe ao médico informar o paciente sobre a sua condição e sobre os tratamentos que acredita não serem capazes de o beneficiar em nenhum aspecto, ou que crê deverem ser aplicados. Todavia, somente o paciente poderá saber o que é capaz de suportar e o que constitui para ele um fardo excessivo. Daí depreende-se que um tratamento poderá ser considerado fútil (excessivo) não apenas quando for ineficaz para determinado paciente: mesmo eficaz, ele poderá ser tido como um tratamento fútil se ocasionar dor, sofrimento, fardo, inconveniente ou despesas que o paciente, de acordo com seus valores, ou seus familiares (quando o paciente for incapaz ou estiver inconsciente), considerarem excessivos, portanto não-benéficos (MÖLLER, 2007, p.43-44).

Em termos conceituais, Möller (2007) parece concordar com Pessini (2001; 2003) e Luna (2005, p.18) sobre o que seja a obstinação terapêutica, visto que ambos atribuem a esse termo a conotação de uma inexorável tecnologização dos cuidados médicos, ou seja, o tratamento é fútil quando é excessivo. Ou com Kovács (2003, p.154), porque atribuiu ao tratamento fútil a propriedade de sê-lo fracassado em seus propósitos e causador de sofrimento, visto que «(...) não conseguem manter ou restaurar a vida, garantir o bem-estar, trazer à consciência, aliviar o sofrimento; ao contrário, só levam a sofrimentos adicionais». O que também remete àquilo que O'Rourke (2000) chamou de «desgaste excessivo» [*excessive burden*] da prática terapêutica. No entanto, quanto à sua causa, diferentemente das teses de Möller (2007) e Pessini (2001), Luna (2005, p.18) atribui a obstinação terapêutica mais ao que ele chamou de «concepções filosóficas e religiosas» do que a decisões éticas, legais e econômicas.

Dizer que a obstinação terapêutica é produto de «concepções filosóficas e religiosas» significa dizer, conforme interpreto a locução de Luna (2005), que o médico permanece imbuído de uma idéia de dever, que o obriga à busca pela cura e do restabelecimento da saúde a qualquer preço. Ou também, e nesse sentido Möller (2007, p. 45-60) e Luna (2005, p.18) estão de acordo, o profissional permanece imbuído de uma prática profissional paternalista que dispensa a autonomia do moribundo. Assim, quando o médico, desprovido de habilidades sociais para lidar com a morte, toma ciência de uma norma deontológica que diz, conforme se lê no *Código de Ética Médica*, artigo 57, que ao médico é vedado «deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente», ele não sabe fazer outra coisa a não ser tratamento fútil. É justamente essa falta de habilidades, herdeira direto daquilo que Lima da Silva (2004, p.364) chamou de «afastamento acadêmico»¹⁹⁶, que o interdita a fazer outras interpretações e alargar

196 Por «afastamento acadêmico» compreende-se o processo que conduziu à ausência de formação profissional, durante a graduação ou pós-graduação dos profissionais de saúde para lidar com as questões relativas à morte e ao morrer. Isto é grave, pois justamente aqueles que mais se deparam com a morte e o morrer no seu cotidiano profissional, não discutem isto em sua formação profissional nem recebem nenhum outro tipo de preparação

o seu repertório comportamental para tratar com a possibilidade da morte.

Luna e Möller, no entanto, diferentemente de Pessini (2001), não questionam a causa dessa ideologia paternalista nem a do «afastamento acadêmico», pois pressupõem que a tecnologia seja neutra e apenas o seu uso portador de complicações ético-políticas. Möller (2007, p.61), inclusive, parece insistir numa causa psíquica, a de que a concepção de saúde do profissional poderia ser responsabilizada por essa prática:

Se o conceito de saúde é entendido como restrito à ausência de doença, a cura da enfermidade é o grande objetivo da medicina, assim como o adiamento do momento da morte, esta encarada como uma inimiga a ser derrotada. Nesse sentido, ao médico caberia a utilização de todos os meios disponíveis para alcançar aqueles objetivos, mesmo em se tratando de um paciente em estado terminal. Todavia, se entendermos que a vida humana não se restringe à sua dimensão biológica, mas engloba as dimensões psíquica, moral, espiritual e social, deveremos entender por saúde não somente a ausência da doença, mas também o bem-estar global (físico, mental, social, espiritual). Assim, a expressão 'em favor do paciente' significará não apenas aquilo que promova sua cura física, mas antes seu bem-estar global.

Pessini (2001) adota uma postura mais complexa, envolvendo questões políticas e econômicas, seguindo a orientação dada por Doyle (1952, p.1105-1111), que apesar de muito anterior às teses de Luna e Möller, não interpretou a obstinação terapêutica de forma tão ingênua. Tanto Doyle (1952) quanto Pessini (2001) rejeitam a compreensão da técnica como fenômeno neutro que pode ser usado livremente pelo médico para o bem ou para o mal. Nessa perspectiva, a técnica é inerente às contradições do capitalismo, e, portanto, também está comprometida com os interesses do sistema. Em razão disto, Doyle (1952, p.1110) postulou a possibilidade de que, com tanto investimento por trás dessas tecnologias, os médicos se

profissional. Os poucos conteúdos que abordam-na são insuficientes e não vão além da discussão acadêmica de conceitos e testes diagnósticos. Ou quando muito, da discussão acadêmica sobre algumas questões éticas que envolvem a morte social e a *causa mortis*. Ainda de acordo com Lima da Silva (2004, p.364), a significação da «(...) morte como um fenômeno ao qual se está exposto diariamente (presenciando, ou tentando lutar contra) e com o qual deveria saber lidar, não há referências». Essa pouca ou nenhuma preparação acadêmica para lidar com a questão da morte e do morrer é evidenciada pela ausência da disciplina Tanatologia, ou outra que faça o papel, na maioria dos cursos da área da saúde. Quando muito existe, está alocada em algum curso de pós-graduação. Desprovido de formação profissional e tendo que responder concretamente aos acontecimentos individuais, o profissional é obrigado a atuar conforme suas convicções religiosas sobre o assunto, o que muitas vezes, não é suficiente, quando não inadequado.

sintam pressionados, quando não são também eles a pressionar, à prática de intervenções fúteis ou de cirurgias desnecessárias¹⁹⁷.

Fotografia 04: Tecnologia disponível em UTI

¹⁹⁷ Em estudo realizado entre 1948-1950, sobre a prática cirúrgica para a remoção de ovários (no ano seguinte ele publicaria outro muito mais completo sobre a histerectomia), Doyle (1952) mostrou que a maioria dos cirurgiões americanos eram pressionados a realizar cirurgias, e, por medo de perderem os seus empregos acabavam fazendo-as. Outros, estavam envolvidos em pesquisas sobre fertilidade e técnicas de esterilização de mulheres, praticando cirurgias desnecessárias como mera forma de coleta de dados.



Fonte: acervo do autor, 2008.

Digo que, como inerente às contradições do capitalismo, a tecnologia também não pode ser considerada a grande vilã, o que significaria tratá-la de forma fetichista. A questão é que a técnica médica terminal está envolvida política e economicamente com a indústria da morte. Como mostram Ruiz & Teixeira (2006, p.90), a Medicina só se curvou ao tecnicismo por uma questão econômica, quando a empresa médica viu que poderia vendê-lo como tecnologia de saúde: «(...) Se por um lado o discurso médico sinaliza que a morte e o morrer podem estar subordinados a soluções científicas, essas mesmas soluções são vendidas como mercadorias que promovam saúde». Nessa perspectiva, já se antecipavam Pessini & Barchifontaine (2005, p.198):

Uma corrente forte do pensamento diz o seguinte: a tecnologia é neutra e isenta de valores, sendo meramente resposta à demanda econômica. Esse quadro está demais simplificado, na verdade. Hoje, nas nações industrializadas, as demandas surgem tanto para suprir desejos como necessidades; e os desejos são estimulados por

muitos fatores, dos quais não são os menores as campanhas planejadas para criá-los. Embora outra corrente negue a neutralidade da técnica, acredita que ela está nas mãos de seus criadores e operadores, não sendo conseqüentemente autônoma.

Para Doyle (1952, p.1109), seguido mais tarde por Illich (1975), a obstinação terapêutica não pode ser dissociada dos interesses capitalistas manipulados pela indústria da saúde, da doença e da morte. Ambos concordam que houve um aumento na qualidade das tecnologias de assistência aos pacientes em geral, bem como, que tais tecnologias têm contribuído, quando associadas às mudanças ambientais e nutricionais, para a melhoria da qualidade de vida e da saúde global. No entanto, as tecnologias às quais Doyle e Illich se referem são aquelas de baixo custo e de mais fácil estruturação, consideradas tecnologias de atenção básica. E, tem sido justamente contra estas que os grandes centros de pesquisa, hospitais universitários, governantes e empresas privadas voltam as costas. Seus interesses recaem sobre as tecnologias mais dispendiosas que não satisfazem às condições do princípio de beneficência, nem da justiça social, visto que, conforme atestou Illich (1975, p.27), seu «(...) benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, freqüentemente prolongando e intensificando o sofrimento». Ou, como disse Pessini (2003, p.389), elas interdita a morte, causando mais dor e sofrimento do que cura, transformando instrumentos de cura em instrumentos de tortura:

Na luta pela vida, em circunstâncias de morte iminente e inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível sem critérios éticos traduz-se em obstinação terapêutica que facilmente nega a dimensão da finitude e da mortalidade humanas. Esta postura acaba impondo mais sofrimento à pessoa ao adiar a morte, e conseqüentemente os instrumentos de cura tornam-se ferramentas de tortura.

E, mesmo que se possa afirmar que houve algum sucesso com o aparato tecnológico de média e alta complexidades¹⁹⁸, pode-se igualmente dizer que o domínio tecnológico dessa prática obstinada tem custo econômico altíssimo e custo social mais elevado

198 Para a AMIB (2007), o principal feito dessas tecnologias foi o de ter conseguido reduzir significativamente o tempo e os custos hospitalares gastos com internações decorrentes de tumores cerebrovasculares e insuficiência respiratória.

ainda¹⁹⁹. Isto só tem alimentado a indústria farmacêutica, de equipamentos e beneficiado pouquíssimos indivíduos, reforçando a «Cultura da UTI» e exigindo novas reflexões morais sobre a assistência à saúde²⁰⁰.

Em vários casos essas tecnologias ainda não foram suficientemente testadas ou não têm larga eficácia, além dos altos custos²⁰¹. Isto as colocaria sob a definição de terapias experimentais, sem registro na Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), transformando as pessoas que lhe são submetidas naquilo que Requião (*apud* RADIS, 2007b, p.6) chamou de «cobaias de luxo». Nessa condição, a sua prática não faz parte da rotina dos hospitais, especialmente dos públicos. No entanto, diante da ilusão do milagre, muitos usuários têm recorrido à justiça, com base na CF-88 e na lei n.8.080/90²⁰², para terem acesso, via Sistema Único de Saúde (SUS), a tais tecnologias. Nos casos em que o Estado tem sido obrigado a arcar com essas despesas, três condições têm aparecido:

a) o Estado deixa de garantir outras formas de assistência a um número maior de pessoas para arcar com os altos custos da terapia experimental, infringido os princípios de beneficência e justiça social, da Bioética. Sobre isto, Temporão (*apud* RADIS, 2007b, p.6) disse que tais ações viraram «(...) uma farra sem controle que ameaça o equilíbrio financeiro do SUS»²⁰³;

b) os laboratórios que detêm as patentes e registros das terapias experimentais

199 De acordo com O'Rourke (2000, p.100), quando esses gastos interferem diretamente na economia doméstica, como no caso de um pai de família que se vê obrigado a vender a sua casa ou a se desfazer das economias poupadas para a educação dos filhos em troca de consumo médico, não há porque não dizê-la que se trata de terapia fútil.

200 É isto, por exemplo, que levou, na ótica de Clotet (2003, p.27-48), a ética a se preocupar abertamente com a questão da saúde, criando tanto a Biomedicina e a Ética biomédica quanto a Bioética.

201 Radis (2006a, p.11) dá um exemplo disto: «(...) Um grama de interferon peguilado, por exemplo, usado no tratamento da hepatite C, custa cerca de R\$ 4,4 milhões – dados do Ministério da Saúde –, o que significa 100 mil vezes o valor de um grama de ouro, embora a eficácia da droga, em estudos controlados, não ultrapasse os 47%».

202 Esse direito prevê a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Voltaremos a falar deles mais adiante e no capítulo sobre os direitos sociais dos moribundos.

203 Segundo os cálculos da Radis (2007c, p.6) o SUS gastou em 2007, 30 milhões com esses medicamentos. Com essa mesma quantia o Estado poderia oferecer gratuitamente 3 milhões de consultas ou 74.441 partos vaginais.

acumulam riquezas à custa do erário público, o que lhes permite aumentar os investimentos em propagandas que vendem a ilusão do milagre na alta tecnologia medicamentosa, bem como prestar assessoria jurídica aos grupos especializados em recorrer contra o Estado para consegui-la, ferindo vários princípios morais e jurídicos; e,

c) o usuário se torna dependente da terapia experimental, cujo NNT é sempre baixo, sem nenhuma comprovação de melhora, passando a integrar um programa de pesquisa na qualidade de cobaia, mesmo sem o saber ou livremente consentir, e, se torna dependente do sistema jurídico para a garantia do acesso à terapia.

A consequência inevitável disso é a disputa pelo controle sobre o tanatopoder. Por um lado, o judiciário obrigando o Estado a prestar assistência fútil ou duvidosa, seja na forma de procedimentos ou medicamentos. Por outro, a indústria farmacêutica pressionando usuários, profissionais e tribunais para decidirem pelas tecnologias mais avançadas. E, ainda o usuário, influenciado por essa propaganda que alimenta o seu sonho em um milagre, pressiona o médico a prescrever tais tecnologias. Por fim, o médico, desprovido das antigas habilidades clínicas, envolvido pela cultura das novas tecnologias e incentivado pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, prescreve-as. Isto faz com que as indústrias farmacêuticas e de novos equipamentos venham esvaziando os cofres públicos, revelando que a questão da obstinação terapêutica é também uma questão político-econômica, como já tinha sido apresentada por Rubin (*apud* PESSINI, 2001, p.67):

No coração do debate em torno do tratamento fútil existe um debate sobre o poder: quem o tem e como deve ser exercido. Não é insignificante o fato de que o debate esteja acontecendo num momento caracterizado pelo aumento da competição no mercado de saúde, pelo crescimento do cuidado gerenciado (*managed care*), pela crescente atenção com custos e demanda como preocupação básica e pelo grande interesse em padronizar a prática médica. Conseqüentemente, as questões acerca do tratamento fútil são importantes não somente para profissionais de saúde e pacientes, mas também para a sociedade como um todo. Está em questão o verdadeiro significado e o lugar da medicina na sociedade, e a extensão da autoridade que a sociedade outorga aos profissionais da saúde.

Essa dimensão político-econômica não acontece só no nível das macro-relações,

ela se estende também ao universo das micro-relações. Doyle (1952, p.1111), por exemplo, mostrou que os médicos se sentem protegidos pelas indústrias tecnológica e farmacêutica, uma vez que conseguiu interpor entre o profissional de saúde, paciente e sua família a tecnologia. As relações humanas são substituídas por relações com máquinas, exames, medicamentos, dietas etc.

Illich (1975, p.37) retomou esse argumento, mostrando que a antiga relação interpessoal baseada na confiança entre o antigo «médico da família» e o doente, que era uma relação moral, cedeu lugar a uma relação impessoal. Isto porque, mediada pela tecnologia, a relação profissional de saúde \times usuário \times família, deixa de ser uma relação interpessoal nominal e passa a ser uma relação anônima, ao que acrescento, mesmo em tempos de políticas de humanização²⁰⁴. É o surgimento do «médico técnico», «(...) que aplica regras científicas a categorias de doentes». Nesse *status*, protegido pela técnica, até a interpretação sobre a falta médica mudou²⁰⁵:

(...) Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano 'aleatório', a insensibilidade em 'desinteresse científico', e a incompetência em 'falta de equipamento especializado'. A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (ILLICH, 1975, p.37).

Nessa perspectiva, criou-se uma distância afetiva e social entre o médico e o moribundo, mediada pelo dinheiro, como uma transação comercial qualquer, conforme lembrou Boltanski (1979, p.137), cujo objetivo é a obtenção do lucro:

(...) uma transação comercial e, assim sendo, uma relação de força: mercadoria que ele produz e da qual faz comércio e que tem como característica principal receber todo o seu valor (inclusive no sentido econômico) do valor que lhe é atribuído...

Pode-se, inclusive, dizer que essa distância tem uma primeira origem classista²⁰⁶.

204 Refiro-me à Política Nacional de Humanização que preconiza que essa relação seja mediada pelo nome.

205 O médico tinha uma relação interpessoal com o paciente, que o conhecia nominalmente, de modo que qualquer falta médica era julgada, antes de tudo, como um abuso de confiança e falta moral.

206 Ilustra-se isto com as pesquisas do próprio Boltanski (1979, p.38) sobre os «critérios de avaliação dos serviços médicos» segundo as classes sociais. As «classes sociais abastadas», como conhecem vários médicos e convivem com uma maior difusão desse saber, fazem as suas escolhas segundo o «critério da competência

De acordo com Boltanski (1979), no início da Medicina como ofício profissional, os médicos atendiam somente as classes sociais que podiam pagar (e bem) pelos seus serviços, o que limitava essa assistência ao mesmo grupo social ao qual eles pertenciam. Esse grupo não via o médico como um ser distante, inatingível, mas era alguém conhecido, que frequentava a sua casa ou a de seus amigos²⁰⁷. Com o aparecimento da Medicina social e a posterior popularização ou difusão dos conhecimentos e das políticas médicas, um maior número de pessoas passou a ter acesso a tais serviços. A inclusão dessas novas camadas, mais distanciadas socialmente da classe social dos médicos, impedia essa convivência e fazia do médico um ser distante, portador de um poder desconhecido. Acreditava-se (e há ainda quem acredite) que para a Medicina tudo é possível.

Esta crença reforça um tipo de comportamento obstinado e incapacitado para tomar decisões morais de cunho político. As suas ações, diante do moribundo, passam a ser regidas por mera aplicação de protocolos de conduta ou procedimentos operacionais padrão, culminando em práticas fúteis. Isto se torna mais evidente, quando esse profissional se depara com situações críticas em que não consegue reconhecer que, apesar de todos os avanços tecnológicos na área, a morte é inevitável. Uma das conseqüências desse tipo de comportamento, reforçado pela ausência de reflexão crítica e de políticas organizacionais para o trato com a mortalidade, é a prática corrente da distanásia, da frustração ou da produção da «morte obscena», como atesta Ferreira da Silva (2004, p.11):

Onde uma vez o médico apenas podia fornecer conforto e segurança face a uma doença potencialmente fatal, hoje a ciência médica pode lutar contra a mesma

baseados em títulos e reputação». As «classes populares», por sua vez, não têm essa possibilidade de escolha, uma vez que sua luta é ainda para ter garantido o atendimento: que tenha o médico, que haja vaga, que consiga marcar a consulta, que seja atendido. A sua escolha depende de outros, especialmente dos gestores que contratam os serviços médicos. Aos membros dessa classe, dado a essa distância, como lembra Boltanski (1999, p.38) só restam comentários que revelam proximidade/distância dessa relação: amabilidade, boa vontade e complacência. 207 Se este raciocínio estiver correto, a idéia de que o médico de família tinha uma convivência mais estreita com os seus pacientes, porque essa era uma disposição do profissional para estreitar a relação médico-paciente estará errada. A relação médico-paciente seria uma conseqüência de relações anteriores, já existentes, uma vez que ambos freqüentavam os mesmos lugares e partilhavam dos mesmos gostos. Trata-se de um *habitus aristocraticus* que foi vendido ideologicamente como tipo-ideal do exercício da Medicina.

doença e a morte. É comum na prática médica (ou dos profissionais de saúde) prolongar a vida a qualquer custo (e muitas vezes com sucesso). Desta forma, a morte passa a ser encarada como uma inimiga a ser combatida, sua presença é entendida como um fracasso, e por este motivo deve ser 'escondida'.

Some-se a isso, o fato de que o preparo para o enfrentamento de situações críticas envolvendo a morte de moribundos assistidos permanece exclusivamente no nível pessoal e predominantemente religioso, fazendo com que a maioria viva incertezas morais profundas entre escolher o que é melhor para si ou para o moribundo. Quando isso acontece, a escolha geralmente recai sobre aquilo que é melhor para si mesmo, de acordo com a sua consciência. Ou seja, decisões profissionais são substituídas por decisões religiosas, mesmo em ambiente laico, o que faz com que, ainda hoje, os hospitais sejam, como Foucault (2006b, p.102-103) disse, um espaço para o exercício da «salvação das almas caridosas»:

E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas para conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo religioso ou leigo que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se portanto a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual, mais do que material, aliada à separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Além disto, a obstinação terapêutica vem transformando a consciência da morte em consciência da doença, de modo que as pessoas são diagnosticadas como portadoras de determinadas enfermidades cuja cura ainda não é possível ou está por vir. Nessa lógica, o comportamento verbal do profissional é uma interdição lingüística da morte, na qual não se fala abertamente sobre a morte e o morrer. Recorre-se às perífrases de Montaigne (1972)²⁰⁸ ou a outras, mais recentes, de modo que os antigos termos da tradição medieval, tais como morrente ou jacente, já foram substituídos por outros mais amenos, como moribundo, que por sua vez, já desperta cacofonia em alguns ouvidos, sendo substituído por outros mais modernos. A interdição, uma vez iniciada, parece não ter mais fim, de modo que termos mais

208 Montaigne (1972, p.49), escreveu que as pessoas simplesmente se apavoram em ouvir o nome morte, preferindo interditá-lo por meio do uso de perífrases tais como «parou de viver», «viveu», «se foi», «faleceu», «não está mais entre nós», «bateu as botas», «partiu».

modernos como paciente terminal [*terminal patient*]²⁰⁹ já cedeu seu lugar a paciente fora de possibilidades terapêuticas [*patient out of therapeutic possibilities*], e, mais recentemente, a paciente fora de possibilidades terapêuticas curativas [*patient out of therapeutic possibilities of healing*], entre outros. Acredito que essa interdição não se trata de mera questão semântica, sob a tutela ideológica do politicamente correto, na qual moribundo se tornou um termo feio – seja lá o que isso signifique – mas que o discurso sobre a morte precisa ser evitado a qualquer custo, pois a morte continua sendo uma questão obscena.

Voltando à imagem de Saliger, pode-se dizer que, para muitos profissionais, moribundos e suas famílias, a obstinação terapêutica é a única modalidade de tratamento que faz sentido. Essa é a razão pela qual a moribunda se agarra ao médico, com suas últimas forças, despojada de tudo, pois ela também não aceita morrer. Estamos longe daquela concepção medieval ilustrada por Ariès (2003) como a «morte domada», e, mais longe ainda da teoria dos «3 erres» de Nakasu (2005), quando ainda se poderia aferir alguma vantagem à qualidade de ser moribundo. Parece, inclusive, ser ofensivo falar em aceitação da morte em ambiente médico, como se isto fosse um atentado contra a esperança e a vida, contra o poder médico, contra as incertezas dos prognósticos e, porque não, contra o poder de Deus.

No entanto, não podemos esquecer que, para muitas pessoas, essa só é a única realidade que faz sentido porque é também a única que conhecem ou com a qual foram habituados, visto que as estruturas de controle social interno foram bastante eficientes. O novo *habitus mortis modernus* pôs em extinção as alternativas para lidar com a morte, reduzindo o repertório comportamental e, portanto, o leque dos desejos que possamos ter diante dela. Por isto, alternativas a esse modelo têm sido interpretadas como descaso ou têm sido feitas nas formas de políticas negligenciadoras, porque simplesmente transferem as responsabilidades estatais geradas com a hospitalização para os indivíduos e suas famílias.

209 Esse termo foi usado oficialmente em um documento da WHO em 1990, sob o título de *Cancer pain relief and palliative care* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990) e retomado em 1998, sob o título *Symptom relief in terminal illness* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998b). A sua definição, baseada em critérios clínicos, é a daquele paciente cuja condição é irreversível, independentemente de tratamento, e que apresenta alta probabilidade de morrer em um período relativamente curto de tempo.

- A Medicina paliativa e os cuidados paliativos

Os cuidados paliativos também reconhecem que o papel dos profissionais de saúde é lutar contra os males que atingem os indivíduos, e, sendo a morte o maior de todos, declaram-lhe guerra. Trata-se de lutar contra a morte prematura [*mors precipua*], aquela que pode ser evitada sem recorrer à prática da distanásia. E de aceitá-la quando for o destino certo, contra o qual nada se pode fazer. A sua forma estratégica de enfrentamento é a resignificação do morrer: do não morrer ao bem morrer:

A luta contra a morte, em muitas de suas manifestações, é um objetivo importante da medicina, mas sempre deve existir uma tensão saudável entre isso e o dever da medicina de aceitar a morte como destino de todos os seres humanos. O tratamento médico deve ser usado de tal forma que aumente a possibilidade de uma morte em paz. A medicina contemporânea tem tratado a morte como sua suprema inimiga. Fez isso ao dar às doenças de condição mortal uma priorização excessiva em termos de pesquisa e dinheiro, e algumas vezes estendeu a vida para além de qualquer benefício humano, conseqüentemente negligenciando o cuidado humano dos que estão morrendo (PESSINI, 2001, p.59).

Um dos argumentos dessa prática médica (nos países onde os cuidados paliativos não são reconhecidos pelos Conselhos de Medicina), ou dessa área de saber (nos demais países)²¹⁰, é o seguinte: o fato de a maioria das pessoas morrer em um hospital é a principal causa que tem tornado a morte tão difícil, quer para o moribundo, quer para sua família, quer para a equipe de profissionais da saúde. O hospital é visto por paliativistas como Kübler-Ross (2005, p.5-14), como uma instituição que tem se tornado despersonalizante, porque tem se mantido preso ao paradigma da cura, sobretudo à cura de pessoas cujas condições clínicas estão além da capacidade hospitalar de socorro. É esta prisão que tem tornado a prática da

210 Atualmente, países como África do Sul, Austrália, Canadá, Irlanda, Nova Zelândia, Turquia, além de Reino Unido e EUA já reconhecem os cuidados paliativos como especialidade médica. No Brasil, tais cuidados ainda não são reconhecidos como especialidade, mas apenas como prática médica. No Rio de Janeiro/RJ, mais especificamente no Hospital das Clínicas, o HC IV, já existe um curso de especialização em Medicina Paliativa, com duração de dois anos, para médicos com formação em Oncologia Clínica ou Cirúrgica, Anestesiologia, Clínica Médica, Geriatria ou Medicina Geral e Comunitária, formando profissionais capacitados para a prática da Medicina Paliativa.

distanásia ou da obstinação terapêutica recorrente, muitas vezes travestida de humanista ou de dedicação total ao moribundo.

Surge daí aquilo que Menezes (2004) chamou de «mito da boa morte», cuja base está assentada em uma prática histórica não muito tardia, a criação dos *hospices*²¹¹. Para Pessini & Barchifontaine (2005, p.360), os *hospices* eram, nos tempos medievais, o lugar da acolhida para peregrinos e moribundos. Contudo, desde 1842, com o trabalho de Jeanne Garnier, em Lyon (França); de 1846, com a *Our Lady's Hospice* de Florence Nightingale; de 1885, com o *Saint Columba*; e, de 1893, com o *Saint Luke's Home for the Dying Poor* do Dr. Howard Barret²¹² estão associados ao lugar do cuidado para os moribundos²¹³. Ao lugar onde o moribundo, longe do tratamento invasivo, pode ter uma morte digna, porque, segundo a sua ideologia, é mais humanizada, conforme as características descritas por Möller (2007, p.63):

Os cuidados paliativos são o centro das preocupações nos chamados *hospices* e na medicina paliativa. Ambos buscam responder ao desafio contemporâneo de *humanizar* a dor, o sofrimento e o processo de morrer. O *hospice* é uma instituição idealizada para cuidar de enfermos que estão sofrendo, constituindo-se numa alternativa à instituição hospitalar tradicional, sendo-lhes oferecida uma comunidade de apoio e um ambiente de proximidade e afeto. No *hospice*, reconhece-se a morte como inevitável e busca-se torná-la mais humana, mediante o cuidado das necessidades psicológicas, espirituais e sociais do doente.

211 A autora se refere aos *hospices* já sob a tutela do capitalismo, que são aqueles que também considero nessa investigação, visto que, segundo Pessini (2001, p.204), podemos encontrar uma origem muito mais antiga, nos remetendo à Alta Idade Média: «A origem dos *hospices* remonta à Fabíola, matrona romana que no século IV da era cristã abriu sua casa aos necessitados, praticando assim as 'obras de misericórdia' cristã: alimentar os famintos e sedentos, visitar os enfermos e prisioneiros, vestir os nus e acolher os estrangeiros. Naquele tempo, *hospitium* incluía tanto o lugar onde se dava a hospitalidade como a relação que ali se estabelecia. Essa ênfase é central para a medicina paliativa até hoje. Mais tarde, a Igreja assumiu o cuidado dos pobres e doentes, fato que continuou na Idade Média. Na Grã-Bretanha isso foi interrompido abruptamente com a dissolução dos mosteiros no século XVI».

212 O primeiro hospice fundado por um médico.

213 Diz Pessini (2001, p.204-205): «O primeiro *hospice* fundado especificamente para os moribundos foi provavelmente o de Lyon, em 1842. Depois de visitar moribundos com câncer que morriam em suas casas, Madame Jeanne Garnier abriu o que ela chamou um *hospice* e um Calvário. Na Grã-Bretanha, o renascimento ocorreu em 1905, com o *St. Joseph Hospice* em Hackney, fundado pelas irmãs Irlandesas da Caridade (*Irish Sisters os Charity*). Sua fundadora, Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale, que fundou em Dublin, em 1846, uma casa para alojar pacientes em fase terminal (*Our Lady's Hospice*) e chamou-a de *hospice*, por analogia às hospedarias para o descanso dos viajantes, na Idade Média».

No entanto, a descrição de Möller (2007) se refere a uma acepção mais contemporânea e pura dos *hospices*, e talvez, digamos, mais romântica, pois, embora os *hospices* primitivos não fossem uma intervenção estatal, e sim religiosa, com o advento da Medicina social, no século XIX, e da indústria farmacêutica, no século XX, eles se tornaram a forma simbólica da intervenção do Estado social sobre os moribundos²¹⁴. Essa intervenção não deixa de ser uma forma de exclusão social dos moribundos, que retirados do convívio social são postos em uma sociedade à parte, em uma espécie daquilo que Foucault (2006b) chamou de morredouro:

(...) O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para acolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

Alguns teóricos²¹⁵, defensores de locais como as enfermarias de cuidados paliativos, não aceitam essa associação²¹⁶. Para eles, essa proposta é a de ser apenas um lugar onde as pessoas recebam cuidados especializados e depois retornem às suas residências. Somente nos casos mais graves, e respeitada a vontade do moribundo e sua família, ele morre

214 A estratégia para esse *desideratum* foi justamente a inclusão da assistência médica e a criação de políticas públicas voltadas para a sua normalização. Por meio da assistência médica, o Estado capitalista passava a domesticar os corpos, assujeitando-os às regras de comércio e consumo dos produtos da empresa capitalista de assistência à saúde. Por meio das políticas normalizadoras, o Estado controlava a existência e a natureza jurídica das instituições que prestava essa assistência. Arrisco afirmar que a fundação do *Saint Luke's Home for the Dying Poor* é um marco decisório para essa mudança de paradigmas, mas que só vai se concretizar plenamente com o *Saint Christopher's Hospice*. Aliás, não é demais lembrar, Cicely Saunders, a fundadora do *Saint Christopher's Hospice* trabalhou como enfermeira voluntária no *Saint Luke's Home for the Dying Poor* por sete anos, onde aprendeu o ofício.

215 Maciel (2007b) é um claro exemplo disto.

216 Uma das razões para essa recusa talvez seja decorrente de uma atribuição de sentido negativa ao termo morredouro, o que não necessariamente precisa ser. A própria idéia de morredouro pode ser ressignificada quantas vezes for necessária, dependendo dos seus usos. Na minha opinião, essa rejeição é da mesma natureza para a rejeição do termo moribundo: tratam-se de vocábulos «feios». Como o juízo estético não pode ocultar a natureza dos fenômenos, mesmo que não use o termo morredouro para designar a propriedade dos *hospices* ou das enfermarias de cuidados paliativos ou das casas assistidas por programas de cuidados paliativos, acredito que essa associação é válida.

ali. Isto é verdade, mas não invalida totalmente a associação. Digamos que a sua dimensão espacial *hospital = morredouro* possa ser questionada, mas a dimensão simbólica da criação de uma sociedade à parte onde os moribundos possam ser tratados como tais e possam morrer em paz, não foi invalidada.

Além disto, se considerarmos que os trabalhos de Kübler-Ross, como disseram Doyle & Hanks & MacDonald (1998), ampliaram o conceito de *hospice* de lugar espacial para filosofia de trabalho, então, a associação *hospice = morredouro* permanece como associação válida. E, por dedução, a associação *enfermaria de cuidados paliativos = morredouro* também, o que se estende à casa do moribundo, quando integrada ao programa de cuidados paliativos. Pois, em se considerando que tais enfermarias geralmente fazem parte de programas de cuidados paliativos, cujo objetivo é dar suporte ao atendimento domiciliar, este se torna uma extensão do hospital. A casa deve ser modificada, submetida às regras da higiene hospitalar, com rotinas programadas pela equipe hospitalar e pela medicação, com vigilância e expectativas constantes, bem como, com comunicação direta com essa equipe. Ela é, durante a sua permanência no programa, um leito a mais da enfermaria, de modo que se pode dizer que, com o fenômeno da hospitalização domiciliar, a forma simbólica de morredouro permanece válida.

Em outras palavras, o *hospice* moderno não deixou de exercer a mesma função social dos antigos hospitais. A diferença consiste em não ser direcionado exclusivamente ao pobre e ao contagioso, mas a todo aquele²¹⁷ que pode pagar ou que está sob a tutela de um Estado que o tenha como política assistencial. A base moral dessa forma simbólica é a da ética epicuréia, para a qual a boa morte é aquela desprovida de dor (*aponía*) e de sofrimento (*ataraxía*), cuja mediação passa pela Medicina paliativa e seus recursos para controle da dor e humanização da morte.

A experiência desenvolvida no *Saint Christopher's Hospice*²¹⁸ pode ser um

217 Nem sempre é o próprio moribundo quem escolhe morrer em um *hospice*, mas a sua família que não o quer em casa ou acredita que ali ele seja mais bem tratado.

218 Criado em Londres, na década de sessenta, sob a influência de Cicely Saunders.

exemplo disto. Como instituição voltada para a assistência aos moribundos em fase avançada tem como foco, segundo Doyle & Hanks & MacDonald (1998, p.3), a atenção à qualidade de vida. Por esta se entende o alívio da dor (leia-se *aponía*) e do sofrimento psíquico-emocional (leia-se *ataraxía*) dos moribundos. Ambos reunidos em um único conceito, o de dor total²¹⁹, cujo alívio deve considerar tanto os aspectos orgânicos quanto os psíquico-emocionais, sociais e religiosos:

Na década de 1960, a médica inglesa Cicely Saunders acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofre não apenas pelos danos físicos que possui, mas, também pelas conseqüências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar. Saunders estabeleceu a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento desta pessoa. De fato, ao abordarmos pacientes portadores de doenças evolutivas e sem possibilidade de cura, percebemos muitas vezes que em determinadas situações os medicamentos não são suficientes para proporcionar o completo alívio da dor maior de viver os últimos dias, de não entender porque está gravemente enfermo, de deixar filhos desamparados, separar-se de seu amor, de não poder sustentar sua família e de não conseguir compreender o real sentido para a sua vida (MACIEL, 2004b, p.1).

Pois bem, é justamente em nome dessa consideração multidimensional do moribundo que Möller (2007, p.161) procura fundamentar a proposição de que os cuidados paliativos não atentam contra a dignidade humana, mas, ao contrário, respeitam-na:

Em se tratando de pacientes terminais, quando o quadro clínico é irreversível e a morte iminente, entendemos que o dever tradicional do médico de busca da cura e do restabelecimento da saúde (no sentido de ausência de doença) cede espaço à prática do cuidado e do alívio da dor e do sofrimento. O paradigma do cuidado tem seu foco sobre o indivíduo como um todo, numa compreensão da saúde mais ampla, entendida como bem-estar global (físico, mental, social, espiritual). A dor e os sentimentos de vulnerabilidade e angústia causados pela doença e pela proximidade da morte merecem ser objeto de toda atenção por parte dos profissionais da saúde.

A noção de dignidade humana forjada por essa autora passa pela noção de respeito à autonomia do moribundo e de sua família, não só perante a equipe hospitalar, mas até mesmo, nos casos mais radicais, da empresa médica. Daqui se destaca que, para a autora, um

²¹⁹ Atualmente já se trabalha com o conceito de dor geral, criado por Maciel (2004b, p.1) que significa aquela dor que «(...) extrapola os limites da pessoa doente e afeta também as pessoas de sua convivência, sua casa e até a equipe que a atende».

dos principais objetivos desses cuidados é melhorar a qualidade de vida terminal, reconhecendo que morrer não é um fracasso dos esforços dos profissionais envolvidos, mas algo natural e, principalmente, inevitável. Isto é bastante próximo do estoicismo de Sêneca (2002, p.122), para o qual «Morrer mais cedo ou mais tarde, que importa? Morrer bem ou morrer mal, é isso que importa. Ora, morrer bem é escapar do perigo de viver mal». Ou então, da máxima bíblica (Eclo 30,17): «É melhor a morte do que uma vida cruel, o repouso eterno do que uma doença constante». O que nos mostra que não se trata de uma noção tão contemporânea assim, mas que apenas tinha sido deixada de lado ou caída em esquecimento.

Daqui podemos perguntar: quais são as razões para que hoje essa concepção de cuidados aos moribundos reapareça como questão política? Por que somente a partir das últimas décadas do século XX os cuidados paliativos estão sendo assumidos como políticas de Estado, uma vez que seus princípios sempre estiveram na base moral das sociedades capitalistas ocidentais cristãs? A minha resposta passa pelo viés econômico. Não foram as concepções morais estoicas, epicuréias ou cristãs sobre a morte que fizeram eclodir essas práticas, uma vez que elas sempre estiveram presentes, mas os modos de produção, dialeticamente articulados às formas de Estado, que perceberam nessa prática um nicho de mercado. Ela é uma «ruptura acontecimental» da atual estrutura sócio-econômica da sociedade.

Em outras palavras, a viabilidade econômica desses cuidados levou os países capitalistas a apresentá-los como alternativa moral viável, não sem as devidas contradições internas. Nesse sentido, o Estado dialeticamente articulado com o capital, ressignifica as práticas caritativas como políticas públicas e estas como mecanismos de manutenção do lucro da empresa capitalista e da atenção às novas necessidades sociais dos moribundos. Em seguida, com a necessidade da expansão territorial dos mercados para a indústria da morte, os países capitalistas centrais, por meio dos organismos internacionais, passaram a apresentar propostas políticas incentivando esse tipo de consumo. Talvez por isto, só a partir de 1990 a WHO tenha reconhecido e passado a recomendar os cuidados paliativos, por meio do

documento intitulado *Cancer pain relief and palliative care*²²⁰. Nele tais cuidados foram apresentados como um dos quatro pilares integrantes da assistência ao câncer, que deveria obedecer aos seguintes princípios:

1. Considerar a morte como fenômeno natural da vida, sem intervir para antecipá-la ou adiá-la;
2. A família é parte integrante da atenção a ser recebida pela equipe;
3. A dor e o alívio dos principais sintomas são objetivos do trabalho;
4. A autonomia do paciente deve ser sempre respeitada; e,
5. Os cuidados prosseguem no período de luto e devem ser sempre oferecidos por uma equipe multiprofissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990, p.3).

Esses princípios foram revistos em 2002, cuja versão passou a colocar esses mesmos cuidados sob a tutela da melhoria da qualidade de vida, o que poderia influenciar positivamente o tempo de sobrevivência dos moribundos. Além disso, passou a preconizar que deveriam ser iniciados em conjunto às demais terapias, como meio para evitar tanto a abreviação da vida quanto o prolongamento da morte. Isto significa tratar o moribundo de forma holística e multidisciplinar, o que inclui todas as suas necessidades e da sua família. Na redação dada pelo WHO eles passaram a ser redigidos como:

1. Respeitar a vida e perceber a morte como fato natural;
2. Entender que o processo de morrer necessita de cuidados especiais, e que deve ser conduzido com habilidade suficiente para não abreviar a vida e não prorrogar inutilmente o sofrimento;
3. Cuidar da pessoa doente e não apenas da doença, o que acarreta abordagem holística e multidisciplinar;
4. Cuidar da família com tanto empenho quanto do paciente;
5. Os sintomas inconvenientes e a dor precisam ser prevenidos e tratados de forma impecável;
6. A busca do conforto e da qualidade de vida por meio do controle de sintomas pode se traduzir em mais dias de vida, no que não há nenhum inconveniente;
7. O tratamento paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, e deve lançar mão de todo esforço necessário para a melhor compreensão e controle dos sintomas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.3-4).

220 Esse documento é revisto em 1998, com novas definições sob os títulos de *Cancer pain relief and palliative care in children* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998a) e *Symptom relief in terminal illness* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998b)

Em função desta revisão, a definição de cuidados paliativos passou a ser entendida como um tratamento dado por inteiro, cujo suporte atende tanto ao moribundo quanto aos seus familiares, o que o torna comprometido com a concepção de dor total de Saunders:

Conjunto de medidas capazes de prover uma melhor qualidade de vida ao doente portador de uma doença que ameace a continuidade da vida e seus familiares através do alívio da dor e dos sintomas estressantes, utilizando uma abordagem que inclui o suporte emocional, social e espiritual aos doentes e seus familiares desde o diagnóstico da doença ao final da vida e estendendo-se ao período de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.3).

Pessini (2001, p.211-214) resumiu essa definição e princípios que lhe dão suporte nos seguintes grupos: a) princípio da veracidade; b) princípio da proporcionalidade terapêutica; c) princípio do duplo efeito; d) princípio da prevenção; e, e) princípio do não abandono e do tratamento da dor. O primeiro grupo preenche a função de embasar as relações interpessoais que, calcadas na confiança, não podem conviver com a mentira. É claro que isto não diminui a dificuldade de anunciar a má-notícia nem a vocação para o paternalismo. No entanto, ele defende que deve-se ter clara consciência de que, se a obrigação de anunciar o mau prognóstico é uma tarefa difícil, pior é conviver com a mentira. O princípio moral que ele sugere como regra para isto, ao modo aristotélico-cristão, é a prudência:

No processo de comunicação da verdade, por mais dura que seja, deve-se ter muito cuidado quanto ao *que, como, quando, quanto* e a *quem* se deve informar. Isso exige uma atitude de prudência e uma pedagogia no sentido de ajudar o paciente a crescer na compreensão e na aceitação de sua situação (PESSINI, 2001, p.212).

O segundo, a função de encontrar a mediania entre a ausência de tratamento e a obstinação terapêutica. Por exemplo, como colocar à disposição do moribundo todos os recursos disponíveis sem que isto incorra em uma falha moral levando ao prolongamento da morte? A categoria sugerida por Pessini (2001, p.212) é a de «proporcionalidade», e «tratamento proporcional» seria o tratamento moralmente aceitável:

Os médicos têm uma dupla responsabilidade, a saber: preservar a vida e aliviar o sofrimento. Sem dúvida, no final da vida o alívio do sofrimento adquire uma

importância maior na medida em que a preservação da vida se torna progressivamente impossível. Parte da arte da medicina é decidir quando o suporte de vida é essencialmente inútil e, portanto, quando se deve permitir que a morte ocorra. O médico não está obrigado a manter a vida 'a todo o custo'. As prioridades de atenção mudam quando um paciente está claramente morrendo e não existe a obrigação de utilizar tratamentos que simplesmente prolongam no lugar da vida a morte (PESSINI, 2001, p.212).

O terceiro, por sua vez, preenche a função de educar a decisão que tem a possibilidade de produzir duplo efeito, um bom e outro ruim. A regra sugerida por Pessini (2001, p.213) é a de que se observe se há «(...) uma razão proporcional entre a desejada libertação da dor e o possível efeito colateral mortal, causado pela depressão respiratória, por exemplo».

O quarto tem a função de, nas palavras de Pessini (2001, p.213), «Prever as possíveis complicações e/ou sintomas que com maior frequência se apresentam na evolução de determinada condição clínica». Esta tem como objetivo «Implementar as medidas necessárias para prevenir tais complicações e aconselhar oportunamente os familiares sobre os melhores cursos de ação a seguir».

Por último, o quinto, preenche duas funções: a de não abandono do moribundo e a de oferecer alívio da dor. O fato de um moribundo recusar um tratamento não justifica que o médico possa abandoná-lo, pois, de acordo com os princípios dessa prática médica²²¹, o cuidado não está condicionado ao tratamento. Ele reconhece que a simples presença amiga de

221 No Brasil até o momento, março de 2008, os cuidados paliativos ainda não foram reconhecidos como uma especialidade médica.

um profissional de sua confiança pode ser uma forma eficiente para ajudar alguém a ter uma boa morte. É isso que desejava madame Montespan: não morrer sem uma presença amiga, sem um cuidador nos seus últimos momentos. Soma-se ao não abandono o controle da dor, pois, muitas vezes é a única opção medicamentosa que o médico pode oferecer ao seu moribundo, e, na maioria dos casos é da dor que as pessoas têm mais medo.

Com esse tipo de estratagemas, o Estado se aproxima da dominação «panóptica»²²² sobre os moribundos e suas famílias. Não há nada que escape ao controle, da dor física às emoções privadas do luto, seja pela oferta de opióides ou de apoio psicoterapêutico. Até mesmo a casa, o antigo recanto da expressão do privado, passa a ser incorporada à essa estrutura, quer sob a assistência das unidades do Programa Saúde da Família, da indústria privada de *home care*, ou ainda, dos programas hospitalares de cuidados paliativos. Tal modelo já existe em vários países da Europa e nos EUA, bem como em países periféricos, como o Brasil.

No Brasil, os primeiros serviços prestados explicitamente sob a ideologia dos cuidados paliativos começaram a surgir no final da década de oitenta, no Rio Grande do Sul e depois no Rio de Janeiro, dentro do Instituto Nacional do Câncer²²³ (Inca). Depois vieram os estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo²²⁴. Mais tarde, em 1998, o Inca inaugurou um prédio exclusivo para os cuidados paliativos conhecido como Unidade IV ou HC IV²²⁵, no Rio de Janeiro/RJ.

222 Por dominação «panóptica» entende-se a análise feita por Bentham (2000) da sociedade enclausurada: os indivíduos são enclausurados e expostos à visibilidade total de quem os vigia, de modo que a massa deixa de existir dando lugar ao «controle» individual do poder.

223 O Instituto Nacional de Câncer (Inca) é o órgão do MS responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos moribundos com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Todas as atividades do Inca têm como objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

224 Mais precisamente na cidade de Jaú, cidade interiorana, que iniciou, em 1992, a primeira enfermaria de cuidados paliativos no Brasil, com 9 leitos.

225 Tal unidade é considerada a infra-estrutura de assistência em cuidados paliativos mais completa, até então, com 56 leitos de enfermaria, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar.

Em 2000, houve uma expansão nacional dessa prática com o surgimento de vários serviços, tais como o Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza/CE; o grupo de Cuidados Paliativos em Aids, do Hospital Emílio Ribas de São Paulo/SP; o trabalho da equipe municipal de Londrina/PR, no Programa de Internação Domiciliar, além de grupos atuantes nos Hospitais de Câncer de Salvador/BA, Barretos/SP, Goiânia/GO, Belém/PA e Manaus/AM. Surgiram também ambulatórios em hospitais universitários como o ambulatório da Universidade Federal da São Paulo, o do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o das escolas de Botucatu/SP e Caxias do Sul/RS. Somam-se ainda dentro desse movimento expansionista, o trabalho do Hospital de Base de Brasília/DF e do Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal, bem como o Programa do Hospital do Servidor do Estado, em São Paulo. Este último, que inicialmente contava apenas com atendimento domiciliar a moribundos com câncer metastático, a partir de 2003, passou a contar também com uma enfermaria de cuidados paliativos.

Em termos de disputas políticas sobre o tanatopoder associado aos cuidados paliativos existem duas entidades nacionais que lutam pela formulação e implementação desses cuidados como ação estratégica do Estado e como área do saber médico: a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

A primeira, fundada em outubro de 1997, por profissionais atuantes na área de oncologia, tem como objetivo principal promover os cuidados paliativos em moribundos com doenças crônico-evolutivas, durante a fase avançada. Busca-se também otimizar a assistência e o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre tais cuidados. A sua principal estratégia é a formação de profissionais de saúde e a divulgação da forma simbólica desses cuidados, além da sua agregação aos serviços já existentes e profissionais em atuação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2007). No entanto, ela manteve sua linha de atuação voltada para os moribundos oncológicos, inclusive restringindo a atuação do paliativista ao oncologista, pois, como disse Caponero & Melo (2002): «(...) só um

oncologista, por conhecer a história natural do Câncer, estava apto a dirigir uma equipe de Cuidados Paliativos». Isto criou um problema político com os que têm visão multiprofissional e ampliada acerca dos cuidados paliativos, mais coerente com os documentos internacionais, o que deu origem à segunda associação.

A ANCP foi criada em outubro de 2004, durante o Congresso de Cuidados Paliativos, realizado no Rio de Janeiro pelo Hospital das Clínicas IV, do Inca, e fundada em 26 de fevereiro de 2005, na cidade de São Paulo. Tem como objetivo reunir os profissionais que atuam em coerência com os princípios dos cuidados paliativos e com o propósito comum de fazer a prática da Medicina paliativa ser reconhecida como especialidade médica junto às entidades competentes. Bem como, lutar pela inclusão dos cuidados paliativos nos programas de atenção à saúde, não somente para moribundos com câncer, mas para portadores de todas as doenças crônicas, sejam adultos, idosos ou crianças. E ainda, pretende promover o ensino e a prática dos cuidados paliativos com qualidade (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2007).

Ambas têm em comum natureza não lucrativa e propostas próximas, apesar de táticas políticas diferenciadas, tais como buscar superar a ideologia do paradigma curativo da Medicina terminal, cuja atuação está restrita à noção de qualidade de vida terminal por meio exclusivo da intervenção medicamentosa sedativa ou intrusiva. Ao contrário daquele paradigma, tais entidades têm assumido o cuidar em uma ótica assistencial, pública ou privada, que implica no atendimento ao ser humano por inteiro. Isto significa priorizar as decisões do moribundo e da sua família, inclusive pela manutenção da consciência e do controle da dor.

Percebe-se, portanto, que o discurso oficial sobre os cuidados paliativos, tanto nos países centrais quanto nos países periféricos, procura passar a idéia de que há o respeito à individualidade do moribundo. É o que encontramos, por exemplo, na análise de Guerra (2003, p.150), para quem «(...) esse enfoque assistencial implica ouvir as necessidades do moribundo de modo individualizado, conferindo-lhe direitos negados no sistema convencional

de atendimento hospitalar». A base desse respeito seria a prática assistencial associada à consciência da conexão entre as pessoas, ensejando o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros.

Justamente por isto, pergunto: como podemos falar em respeito à individualidade ou em direitos quando se sabe, com base nos estudos de Muto & Narloch (2005, p.53), que a informação sobre o estado de saúde do moribundo tem-lhe sido omitida, fazendo com que somente em 9% dos casos a família seja informada antes do desligamento dos aparelhos que mantêm vivos seus entes queridos? Sem essa comunicação não se estaria negando ao moribundo o seu direito mais basilar: o direito à informação, diante do qual, como defendeu Möller (2007), todos os demais direitos ficam impossibilitados? Talvez por isto, como tem defendido Zoboli (2003, p.32), a mútua responsabilidade só se tornaria possível se mediada pela moral comunicativa, que reconhece a comunicação interpessoal como um modo eficiente de solucionar problemas.

E, por ser de base comunicativa, a moral dos cuidados paliativos entra em confronto direto com a privação da morte do moribundo, uma vez que não é possível a comunicação sem o exercício da informação. Entra também em confronto direto com a obstinação terapêutica, uma vez que essa bloqueia a possibilidade de atos comunicativos saudáveis entre o profissional e o moribundo. Desse modo, podemos postular que até certo ponto o discurso oficial não está mostrando o que a realidade é, mas como gostaria que ela fosse, e portanto, uma elaboração discursiva ideológica. A forma simbólica dessa elaboração é, sem dúvidas, o assujeitamento, que inclui o moribundo e seus familiares em um processo aparentemente humanizado para conseguir deles o resultado final da submissão pacífica ao controle social da indústria da morte. Eles passam a consumir os produtos dessa indústria porque isto parece mais civilizado, mais aceitável do ponto de vista social. Por outro lado, esse discurso é também uma resposta às lutas sociais que vêm exigindo dos profissionais de saúde o fim do seu emudecimento sobre diagnósticos e prognósticos.

Disto, pode-se concluir que a existência da assistência aos moribundos é marcada

por múltiplas determinações contraditórias, nas quais os capitais em concorrência, na forma simbólica de paradigmas de assistência, ou de políticas assistenciais aos moribundos, disputam o lucro que essa fatia de mercado promove. Isto quer dizer que a dignidade humana do moribundo não está assegurada pela simples existência de políticas assistenciais. Ao contrário, em muitos casos, essa assistência também tem se tornado expropriadora, transformando o «homem assistido» em um alienado, privado do seu direito de morrer²²⁶.

Do ponto de vista da Biopolítica, isso significa que há uma disputa entre os modelos de assistência aos moribundos, mais ou menos atentadores contra a dignidade humana. Tais modelos vão da forma mais estatal à mais mercantilizada, como processo histórico do capitalismo com a passagem dos Estados sociais para os Estados neoliberais, do fordismo para o pós-fordismo.

4.2 Mercantilização da assistência aos moribundos: o controle social mercantil sobre a morte

A empresa médica imperou praticamente sozinha sobre o tanatopoder no século XIX, mas, no século XX teve que disputar esse controle, especialmente com a indústria farmacêutica, a de equipamentos médicos e, em outra direção, com as agências funerárias. Diante dessa disputa, o Estado capitalista, exercendo o seu papel de mediador, tem procurado resolver o problema expandindo o mercado, seja com a criação de novas mercadorias, seja com a conquista de novos territórios²²⁷. Nesse contexto, a Medicina, que já tinha se tornado uma indústria fortalecida e próspera, define as suas áreas de comércio: a produção de bens de saúde e a administração do tratamento. A indústria farmacêutica fica com o monopólio da

226 Mesmo nas unidades de cuidados paliativos não se discutem práticas como eutanásia ou suicídio assistido, visto que estas são significadas como ações extremadas, o que faz da ortotanásia sinônimo de morte digna nesse paradigma.

227 A expansão de novos mercados não é uma casuística isolada para resolver o problema dos capitais médicos em concorrência, ela é uma necessidade do próprio capitalismo, como atestam Ruiz & Teixeira (2006, p.85): «No capitalismo, é necessário que cotidianamente os mercados possam ser expandidos como uma condição básica para a sua manutenção e/ou reprodução. É por isso que cada vez mais lógicas que antes eram aparentemente irredutíveis à mercantilização, acabam por quedarem frente às pressões que transformam cotidianos e práticas em sociabilidade demarcada pelas relações de troca».

produção de medicamentos e as agências funerárias com o monopólio da tanatopraxia²²⁸ além da venda dos produtos e rituais fúnebres²²⁹. O produto que as une: a morte asséptica; o que as divide: o lucro. Assim, elas se tornam escravas de uma conjuntura da qual não têm mais escapatória, como tem acontecido com a Medicina:

(...) Na sociedade tecnológica em que vivemos, será que a medicina pode ser diferente do que é? O poder médico é transferido progressivamente para os atos técnicos e para os medicamentos. O fato é que, quanto menos o médico dá de si e de seu tempo, mais medicamentos prescreve e mais exames de laboratórios pede. É a medicina farmacologizada e instrumentalizada (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p.198).

Com a expansão de novos mercados são subsumidos sob o valor de troca produtos até então com valor exclusivo de uso. Os rituais fúnebres, o que envolve desde a assistência ao moribundo na hora da morte até o culto à sua memória, têm valor de uso. Do mesmo modo, os objetos fúnebres, tais como o leito do moribundo, o necrotério, a capela funerária, o túmulo, a lápide, o epitáfio, a mortalha e o ataúde. Mas, todos eles podem ter esse valor negado, por aquele que o produz, para assumirem o valor de troca, que por sua vez, depende de alguém que os queira consumir, realizando novamente o seu valor de uso. A relação dialética é simples: afirmação-negação-suprassunção:

Quadro 02: Esquema dialético da mercadoria fúnebre

valor de uso (afirmação)	valor de troca (negação)	valor de uso (suprassunção)
Os objetos e rituais fúnebres possuem serventia tanto para o moribundo quanto para a sua família. Trata-se do seu valor de uso.	O valor de uso precisa ser negado por parte do produtor dos rituais e objetos fúnebres para que possa ser assumido como valor de troca. Nasce a mercadoria, que tem o valor de uso em potência e o valor de troca em ato.	Objetos e rituais fúnebres são adquiridos por um consumidor final, com a finalidade de usá-los, o que reafirma o valor de uso sobre o valor de troca.

228 Por tanatopraxia se entende a arte dos cuidados póstumos com o corpo morto, o que envolve tanto as técnicas de embalsamamento quanto às de recuperação estética do cadáver ou sua manutenção por tempo prolongado, como encontra-se na proposta da criogenia.

229 Isto não quer dizer que o problema esteja resolvido, pois, a indústria da morte ainda envolve outros profissionais de saúde que disputam tanto a administração de cuidados quanto a tanatopraxia, os religiosos que disputam o controle dos rituais fúnebres, os advogados que disputam as representações jurídicas para movimentar ações indenizatórias ou compensatórias, entre outros.

O valor de uso não desaparece da natureza dos rituais e dos objetos fúnebres quando estes viram mercadoria, ao contrário, ele não só permanece presente nesse processo como lhe dá sustentação²³⁰, e, a mediação para a realização dessa troca nas sociedades capitalistas é o mercado.

No tocante à mercantilização da morte, o Estado, por meio das políticas públicas de assistência aos moribundos, tem exercido papel preponderante para a ampliação desse mercado, especialmente por sua capacidade interventora de definir os investimentos públicos, por meio de suas políticas orçamentárias. Aliás, a mercantilização da morte passa necessariamente, por aquilo que Illich (1975, p.44-51) chamou de «medicalização do orçamento», e este, pela taxa de acumulação de riqueza e desigualdades sociais de cada país.

Em razão dessa relação, os países capitalistas periféricos, que têm índices de desigualdades sociais maiores que os países centrais, investem menos na produção médica e são obrigados a consumir os produtos das indústrias dos países centrais. No entanto, nem sempre os produtos mais eficazes chegam a preços acessíveis à população daqueles países, o que faz com que a população continue desassistida do mesmo jeito ou se acentue a relação entre desigualdade social e forma da morte. É o caso, por exemplo, da vacina contra o *Papilomavirus Humano* (HPV), mas que poderia ser o caso de qualquer outro medicamento ou equipamento de ponta. Apesar de o HPV ser um vírus responsável por 70% dos cânceres de cólon de útero e de a Anvisa ter liberado o consumo da vacina no Brasil, ela ainda não está disponível à maioria dos brasileiros por uma questão de preço: custa caro²³¹. Os seus produtores, seja o Merck Sharp & Dohme ou o seu concorrente GlaxoSmithKline, não estão preocupados com isto e continuam fazendo *lobby* e propaganda do produto, como um bem a ser consumido.

230 Nem toda mercadoria tem valor de uso, mas apenas valor de troca, como é o caso do dinheiro.

231 Há duas vacinas disponíveis no mercado, até então. A primeira, produzida pelo laboratório Merck Sharp & Dohme, custa US\$ 120 e seria vendida no Brasil por até R\$ 700,00 a dose, sendo que são necessárias três doses. Seu efeito prometido é de 100% de proteção às mulheres entre 9 e 26 anos que ainda não foram infectadas pelo HPV. A segunda, produzida pela GlaxoSmithKline, indicada para a faixa etária de 10 a 55 anos, custaria em torno de R\$ 364,16 a dose (também são necessárias três doses para eficácia de 100%). A definição pelo preço ainda está em disputa entre os laboratórios e o governo federal.

Esse consumo, embora seja destinado ao indivíduo, tem como alvo o Estado como principal comprador, por meio da estratégia de obrigá-lo a garantir os direitos sociais relacionados à manutenção da saúde. Em função dessa estratégia, uma prática recente²³² no Brasil, especialmente nos estados da região Sudeste, tem sido a da obrigação judicial para que o Estado garanta acesso ao medicamento. Especialmente em se tratando de medicamentos excepcionais, cujo valor é bastante elevado, mas que são compreendidos pelos juristas como essenciais à manutenção da vida. Isto é evidenciado pelo grande número de ações contra governos municipais, estaduais, distrital ou diretamente contra o próprio MS, fazendo com que os gastos públicos com esse tipo de medicamento crescessem 138 vezes em quatro anos, só na esfera federal²³³. Trata-se de uma estratégia tipicamente neoliberal, sob a tutela da mercantilização da assistência aos moribundos, e que vem alimentando tanto a indústria farmacêutica quanto a jurídica.

Digo que alimenta a indústria farmacêutica porque essa é a principal beneficiária da venda desses produtos, uma vez que detém a sua produção e comercialização. E digo que alimenta também a indústria jurídica porque, como mostra a *Radis* (2006a; 2006c), embora essas ações procurem atender ao interesse do usuário do SUS, é no âmbito dos escritórios privados de advocacia que elas tomam corpo:

As 170 pessoas que processaram a Prefeitura de São Paulo em 2005 para obter remédios – a maioria é mulher – têm mais de 60 anos, são aposentadas e moram em bairros com 'menor grau de exclusão social'; 75% obtiveram a receita no sistema público, mas contrataram advogado particular (RADIS, 2007d, p.7).

Uma prova do poder da junção dessas duas indústrias em busca do lucro à custa

232 Antes da lei n.8.080/90 isso era praticamente impossível. Conforme a *Radis* (2006a, p.10), em 1991 havia um mandado contra o estado do Rio de Janeiro obrigando-o a fornecer medicamento excepcional. Em 2006, esse mesmo estado já respondia a mais de 7.758 ações, que, se somadas às impetradas contra o município, ultrapassam R\$ 13 mil.

233 De R\$ 188 mil em 2003, os gastos com medicamentos excepcionais foram para R\$ 26 milhões em 2007, de acordo com a *Radis* (2007d, p.7). No Estado de São Paulo, entre 2005 e 2006 esse número passou de 200 mil para 400 mil reais. E, no estado do Rio de Janeiro, só no primeiro semestre de 2005 tinham sido gastos R\$ 86 milhões com esse tipo de medicamento, produto de ação judicial. Esse montante já era quase o dobro dos recursos despendidos para esse mesmo fim durante todo o ano de 2004 (RADIS, 2006a, p.11).

do Estado é o de que, apesar de o MS ter definido em portaria quais são os medicamentos excepcionais e como fazer para ter-lhes acesso, o Judiciário tem concedido acesso indiscriminado a todos os tipos de medicamentos, inclusive àqueles experimentais²³⁴. Estes, além de não constarem da lista do MS, não foram aprovados pelos órgãos regulamentadores, inclusive a Anvisa, além de haver dúvidas quanto ao seu uso ou benefício em seres humanos. Nesses últimos casos, a principal estratégia é pressionar usuários, prescritores e pesquisadores para que agilizem o seu reconhecimento junto a esses órgãos, permitindo sua inclusão na lista do MS, como denuncia a *Radis* (2006a, p.11):

Para alcançar seus objetivos, as indústrias se aproximam das associações de pacientes e procuram induzi-los, quase sempre com sucesso, a pleitear esses remédios na Justiça, de modo que o acesso a eles se torne um direito adquirido. Os prescritores também estão na mira das estratégias mercadológicas das empresas. 'A propaganda dirigida ao médico começa no primeiro ano de Medicina e de uma forma muito perversa', denuncia Cláudia, acrescentando que os especialistas que tratam certas enfermidades são o alvo privilegiado.

Há casos concretos, já investigados pela polícia, que mostram como essa conspiração pode ser criminoso. De acordo com a *Radis* (2006a, p.12), em Brasília/DF, o Ministério Público Federal e a Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Distrital descobriram um esquema fraudulento para a aquisição de medicamentos excepcionais. Uma ação judicial obrigou a Secretaria de Saúde Distrital a importar 36 ampolas do medicamento conhecido comercialmente²³⁵ como Cetuximab, ao custo de R\$ 196 mil para os cofres públicos. O destino deveria ser um moribundo já falecido, justamente por isto, o medicamento foi parar na clínica particular do então diretor de oncologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A justificativa dada em sua defesa foi a de que houve permuta de medicamentos entre

234 Trata-se de uma ação do Estado (Judiciário) contra o próprio Estado (Executivo), obrigando-se a desempenhar o papel de principal comprador das marcas mais influentes no mercado de medicamentos excepcionais, independentes da sua eficácia, necessidade social e balanço custo/benefício, o que pode significar uma forma de manipulação ou de corrupção dos poderes do Estado pela indústria farmacêutica.

235 A questão dos nomes comerciais é outro flagrante do poderio dessa indústria e da mercantilização da assistência aos moribundos. Não são vendidas as fórmulas químicas ou genéricas dos medicamentos, mas uma marca, devidamente patenteada, contrariando inclusive a determinação da Portaria n.1.587/2002, que em seus artigos 3 e 4 proíbe o SUS de receitar nome comercial.

a secretaria e a clínica. Não bastassem os questionamentos morais ao fato, até hoje não apareceram a matéria da transação nem os documentos que a comprovem.

Nesse sentido, pode-se afirmar que há uma disputa entre o interesse público e o interesse das grandes corporações médicas ou farmacêuticas, mediada ou não pela corrupção. Disputa essa com vitórias para ambos os lados, visto que há casos nos quais o público tem sido preterido em defesa do capital privado e da garantia dos contratos, bem como há casos nos quais o Estado tem se oposto aos interesses privados em nome do interesse público²³⁶. No entanto, nem todas as disputas têm um único vencedor. Há casos em que os resultados acabam beneficiando os dois lados.

Na questão do consumo de produtos de saúde, um desses casos envolveu o Brasil. Aqui, o governo federal assinou em 4 de maio de 2007 um decreto oficializando o licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, do laboratório Merck, sob a alegação da chamada «Declaração de interesse público». Trata-se de um caso ímpar na nossa história, pois, é a primeira vez que um ministério lança uma portaria²³⁷ autorizando o licenciamento compulsório de uma patente²³⁸. Os motivos alegados foram:

a) o sobrepreço do produto, pois, enquanto o comprimido de 600 mg é vendido na

236 Um exemplo dessa vitória foi o resultado da ação movida contra o Estado de Alagoas, que o obrigava a fornecer remédios a pacientes renais crônicos, julgada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2007. O voto da presidente do STF, Ellen Gracie, foi favorável ao Estado de Alagoas, segundo a qual, o interesse privado não pode se sobrepor ao público, haja vista que essa obrigação seria uma lesão à ordem pública. No entanto, como contra essa decisão ainda pode haver recurso, até a decisão final, o que nos evidencia que esse é um caso ainda em aberto e não está desprovido de suas contradições internas.

237 No caso a Portaria MS n.886 de 24 de abril de 2007, ratificada por decreto presidencial.

238 No mundo, o licenciamento compulsório já foi praticado em países como a Itália, Canadá, Moçambique, Malásia, Indonésia e Tailândia. Ele está previsto nos arts. 7º, 8º, 30 e 31 do *Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio* (ADPIC ou TRIPs), da Organização Mundial do Comércio (OMC), incorporado em nosso ordenamento jurídico pelo Decreto n.1.355 de 30/12/1994; no art. 25 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* de 10/12/1948; no art. 12 do *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Políticos* de 16/12/1966, incorporado em nosso ordenamento jurídico pelo Decreto n.591 de 06/07/1992; no art. 10 do *Protocolo de San Salvador* de 17/11/1988, incorporado em nosso ordenamento jurídico pelo Decreto n.3.321 de 30/12/1999; na *Declaração Ministerial da OMC* sobre o ADPIC e Saúde Pública, em Doha, Catar em 14/11/2001 e na nossa Lei de Patentes (Lei n. 9.279 de 14/05/1996), em seu art. 71. O licenciamento compulsório difere da quebra de patente porque o governo deverá continuar a pagar *royalties* ao fabricante. O valor estipulado no caso brasileiro ficou em 1,5%.

Tailândia por US\$ 0,65, no Brasil era cobrado US\$ 1,59, 136% a mais;

b) a sua necessidade social, pois, o medicamento é necessário para o tratamento da aids, o que no Brasil significa que ele será usado em 200 mil pacientes soropositivos (38% da população atingida); e,

c) o interesse público, pois, em 2007 seriam pagos US\$ 42,9 milhões só com o Efavirenz, o que comprometeria bastante a qualidade do serviço de saúde e a manutenção da assistência a esses moribundos.

Com o licenciamento, o país passará a fabricar a partir de julho de 2008 o medicamento, economizando cerca de US\$ 30 milhões. Isto não significa que essa economia seja revertida em maior aplicação na área da saúde ou em qualquer outra área social, mas apenas uma diminuição dos gastos do governo com a importação desse tipo de medicamento.

Normalmente, os países periféricos só se tornam produtores de medicamentos quando são os inventores²³⁹ ou quando não são mais lucrativos no mercado internacional. É o caso, por exemplo, da produção do benzinidazol, usado no combate à doença de Chagas – que mata por ano mais de seis mil pessoas no Brasil, segundo a *Radis* (2007d, p.6). Em 2007, o Estado brasileiro, por meio do Laboratório Farmacêutico de Pernambuco, recebeu a licença para produzir o medicamento, desde que seja mantido o sigilo sobre sua fórmula. A patente continua sob domínio da multinacional Roche, que pode cancelar a licença unilateralmente. No entanto, diferente do caso anterior – do anti-retroviral Efavirenzo – o Brasil não pagará *royalties* por sua produção.

A disputa entre os capitais que concorrem pela maior obtenção de lucro no mercado da assistência aos moribundos e suas famílias passa, necessariamente, pela imposição de um estilo de vida à população. Como escreveram Marx & Engels (2001d, p.31), o controle que a burguesia tem sobre os meios de produção, a propriedade e a população

239 O que caracteriza um caso raro no presente, pois a maioria das pesquisas com novos fármacos tem reduzido a participação dos países periféricos a meros coadjuvantes: eles só entram na pesquisa durante a fase clínica. No Brasil, a rede do SUS tem sido bastante utilizada para esses fins, principalmente por laboratórios como Merck, Roche e Novartis.

demonstra que esse controle passa pela transformação do estilo de vida burguês em modelo de vida, uma mercadoria a ser vendida. Assim, o jeito de viver e de morrer de uma determinada burguesia, subsumido sob a indústria cultural da sociedade de consumo, foi erigido à condição de paradigma, assegurado pelas políticas de assistência aos moribundos do Estado autoritário contemporâneo. Nas atuais sociedades capitalistas, esse paradigma é o que Mitford (1998) convencionou chamar de «jeito americano de morrer» [*The American way of death*]²⁴⁰.

a) O «jeito americano de morrer»: a satisfação das necessidades subjetivas

A reificação da morte mecânica passa a ser dominada pela oposição entre o «jeito americano de morrer» e as culturas locais. Essa reificação nos remete, em primeiro lugar, ao processo de mercantilização da morte, ao modo americano, e, em seguida, à sua «globalização cultural»²⁴¹. Inicialmente, essa oposição se deu somente em solo americano, quando a sua aristocracia começou a experimentar novos estilos para lidar com a morte de seus entes queridos, difundidos pela arte e política locais. Nesse sentido, ainda não se pode falar do «globalismo cultural» do «jeito americano de morrer», mas da «massificação» ou da «homogeneidade cultural» de um certo estilo de vida burguês, branco e cristão protestante. Pode-se, mais precisamente, falar da criação de um *habitus mortis* dominante na cultura americana, afinal a produção mercantil também visa satisfazer as necessidades da fantasia,

240 A obra original data de maio de 1963, publicada pela Fawcett Publications de New York. Utilizo aqui a edição revisada, publicada em 1998 pela Alfred A. Knopf de New York.

241 Na ótica de Miglioli (1996, p.141) a «globalização» é um fenômeno complexo, abrangendo tanto a dimensão econômica quanto cultural, assim, pode-se falar de uma «globalização cultural»: «Mas existe, sem dúvida, um processo de globalização que compreende diversos aspectos: do econômico ao cultural. Não apenas o capital tanto o monetário quanto o produtivo se desloca cada vez mais rapidamente de uns países para outros, mas também a força de trabalho se encontra em permanente mobilidade. As pessoas adquirem as mesmas marcas de produtos em diferentes países, num processo mundial crescente de consumo padronizado. Os sistemas político e jurídico se tornam formalmente cada vez mais semelhantes em todas as partes. Os padrões éticos e culturais se uniformizam em escala mundial e assim por diante. E tudo isto sob uma gigantesca onda de liberalismo econômico e conservadorismo político».

Aqui, vou preferir o termo forjado por Ianni (1996), «globalismo», para expressar essa dimensão cultural da «globalização».

como disse Marx (1989, p.45). No caso, a fantasia mórbida de um funeral que encobre a morte como algo funesto e passa a apresentá-la como consumível, esteticamente aceitável e, por que não, desejável.

No entanto, nessa fase, digamos doméstica, o «jeito americano de morrer» ainda não é propriamente um modelo cultural para lidar com a morte, visto que seu modo de produção de objetos simbólicos é menos especializado e o leque cultural alternativo é bastante amplo. Pode-se, mais seguramente, falar que nessa época o funeral ainda é compreendido apenas como uma «despedida de alguém que gostamos», nas palavras de Quoye²⁴². Contudo, não se pode restringir essa fase apenas a isto, pois, a história americana é testemunha da opressão cultural da classe social burguesa sobre as etnias autóctones e as outras classes sociais, tanto em solo americano quanto fora dele.

Devemos considerar o que disse Thompson (2002) acerca da imposição de um modelo cultural sobre o outro. Para ele, a opressão cultural de uma sociedade sobre outra produz «relações sociais estruturadas de forma sistematicamente assimétrica». Essa produção decorre, em parte, da ação estatal que tem procurado inserir no movimento global da produção capitalista a cultura como uma mercadoria. Especialmente, por meio do que Adorno & Horkheimer (1985, p.113-156) chamaram de «indústria cultural».

Segundo a lógica dessa indústria, todo e qualquer produto cultural, inclusive as formas ritualísticas de morte e morrer, é uma mercadoria, submetida às mesmas leis da produção capitalista, em qualquer forma de Estado. No entanto, a mercadoria produzida por ela não tem a mesma valia que os objetos úteis, e sim valia simbólica, cujo significado está relacionado aos efeitos psíquicos que ela pode produzir sobre os indivíduos. Ela é, conforme defendeu Wolf (1995, p.75), uma «estratégia de manipulação» e de «dominação pública»²⁴³ ou

242 Personagem interpretado por Kevin Spacey no filme *Chegadas e partidas* [*The sheeping news*], de Lasse Hallström, Miramax International, 2001.

243 O que não significa que o público seja totalmente passivo e não possa reagir. Significa, antes de tudo, evocando o que Thompson (1998, p.30) defendeu, que há um processo de interação e assimilação bastante complexo entre a ideologia burguesa e cada individualidade, que constitui «(...) o verdadeiro caráter das atividades de recepção e com as maneiras complexas pelas quais produtos da mídia são recebidos pelos indivíduos, interpretados por eles e incorporados em suas vidas». Ou, noutras palavras, a indústria cultural não

uma forma de «governo da população», para Foucault (1981). A sua real função, como atestou Thompson (2002, p.135-144), é a «(...) mercantilização das formas simbólicas pelas indústrias da mídia», o que significa, na ótica de Silva (2000, p.3), a existência de «(...) um sistema simbólico que é funcional à legitimação de uma estrutura de dominação estatista, tecnocrática e desmobilizadora». Desse modo, e como resultado dessa prática de conquistadores, a classe social burguesa fez atribuir aos seus ritos e objetos fúnebres o estatuto de modelo, graças àquilo que Vizentini (1996) chamou de «*pax americana*». Nascia, pois, o que Baudrillard (2006) chamou de «estilo». No caso, um estilo de morte, calcado em um estilo de vida, afinal, o «jeito americano de morrer» é a outra face do «jeito americano de viver»²⁴⁴.

Gravura 02: Funeral americano do século XIX.

massifica simplesmente, nem massifica indistintamente, como queriam Adorno & Horkheimer (1985).
244 «*The American way of death, The American way of life.*



Fonte: IDEOFACT, 2007.

Essa gravura é um exemplo disto. Trata-se de um funeral americano, típico das famílias burguesas cristãs do final do século XIX e início do século XX, no qual percebemos certos objetos, ao lado de outros que irão desaparecer posteriormente: o cortejo de pedestres, o caixão sendo conduzido braçalmente, a presença de crianças, de velas e de pessoas devidamente vestidas com as vestes de luto. Os principais elementos interditivos que estão presentes são: o caixão coberto e ornado com pompas, os olhares das pessoas que não se voltam para ele e a ausência de sinais expressos de emoções fortes.

O modelo, nessa fase doméstica, já ultrapassava a dimensão cultural do uso e se projetava para além de sua funcionalidade fúnebre. Projetava-se como objeto que poderia ser consumido em série, como símbolo de civilidade, de *status* cultural ou de identificação com um estilo de vida – ser americano. E, ao serem produzidos em série, os rituais e objetos fúnebres da burguesia americana deixariam de pertencer à família enlutada ou ao moribundo, passando a pertencer à indústria da morte. Largas camadas da sociedade americana passariam a conviver com essa produção, do mesmo modo que convivem normalmente com a de vários outros objetos de uso doméstico.

Fotografia 05: Funeral do filho de Charles Lillybridge



Fonte: Denver Public Library, 2007.

Essa fotografia da *Lillybridge Collection* que registra o funeral do filho de Charles Lillybridge, no início do século XX, em Denver/Colorado mostra essa realidade. Apesar de pertencer à classe trabalhadora, o funeral já tem a forma simbólica da hegemonia cultural do funeral da classe dominante: o caixão conduzido às escondidas dentro do carro fúnebre, com a eliminação da procissão de pedestres e o domínio do pomposo.

O efeito mais direto dessa convivência cotidiana com objetos produzidos em série é o de que ela favorece a circulação de objetos simbólicos também produzidos em larga escala, constituindo modelos ou «padrão social de consumo»²⁴⁵. Talvez por isto, Mitford (1998, p.20-33.54-56) tenha atribuído à hegemonia do funeral burguês cristão a solidificação

245 A convivência com as formas simbólicas, quer na forma da realização ou da frustração da mercadoria, vão criando novos desenhos ao «estilo» à medida em que o modelo originário vai sendo inculturado pelas populações locais e se tornando parte do seu repertório comportamental. Com isto, a série é indicada, negada, ultrapassada e vivida contraditoriamente por aquele que participa do modelo. Esse processo de inculturação do modelo é a dinâmica que caracteriza a formação ideológica propriamente dita, da forma simbólica como uma hegemonia cultural, onde um paradigma comportamental se impõe sobre os outros. No entanto, a forma simbólica da personificação tende ao paradoxo de ocultar a produção em série, ao mesmo tempo que a realiza. A sua máxima de que «tudo é modelo porque não há mais modelo», como postulou Baudrillard (2006, p.151), oculta o caráter essencial da nossa «escolha material»: a de que a escolha é fazer ou não parte de uma sociedade de consumo.

da indústria funerária americana, visto que foi uma das primeiras a se solidificar nessa área comercial e a produzir objetos fúnebres em série.

A sua tese é a de que essa solidificação se deveu ao fato de que, desde cedo, os diretores funerários estabeleceram uma «estética da morte» que envolve as mais antigas técnicas da tanatopraxia egípcia. Ou, como ela chamou, da «magia do embalsamamento» [*embalming magic*], cujo objetivo é fazer com que o morto se pareça um «quase-vivo» [*lifelike*] (MITFORD, 1998, p.138-149). Depois de embalsamado, ele é devidamente vestido, às vezes com roupas que nunca teve condições de usar em vida, passando a recepcionar os visitantes em um salão devidamente preparado para a ocasião. A ele não deve ser suprimida a sua beleza, a sua sensualidade e, também a sua sexualidade²⁴⁶.

Apesar de o objetivo explícito, na ótica de Mitford (1998, p.54-56), ser o de tornar a morte e a despedida do morto um «momento confortante», isto não diz tudo. Ao se produzir uma imagem memorável daquela pessoa, é como se estivesse fazendo uma espécie de «acerto de contas com a morte», onde tudo deve ser coreografado, coordenado e, principalmente, caro. Trata-se, como escrevera Gorer (1955, p.7), da «negação do morto enquanto morto», pois há algo de lúdico na morte²⁴⁷ e que ao morto lhe deve ser dado como direito. O mais importante é vender determinada imagem do morto, aquela pela qual, como encontramos no relato de O'Kelly (2006), ele quer ser lembrado.

A fotografia seguinte é de um funeral mais recente, na qual alguns desses elementos estão presentes: o luxo, símbolos que remetem à lembrança do morto, o discurso solene, a presença dos amigos, a emoção contida etc.

Fotografia 06: Funeral americano no século XXI.

246 Em muitas culturas a sexualidade do morto ou qualquer traço que a lembre é negada, sendo esse sepultado com uma mortalha, que não só esconde todo o seu corpo, como procura lhe dar o aspecto de ser assexuado.

247 Essa relação entre o lúdico e a morte já estava presente desde o Renascimento, nas cenas que associavam *Eros* a *Thánatos*, como sinais de complacência para com a morte, conforme Ariès (2003, p.65): «(...) Do século XVI ao XVIII, cenas ou motivos inumeráveis, na arte e na literatura, associam a morte ao amor, Tánatos a *Eros* – temas eróticos-macabros ou temas simplesmente mórbidos, que testemunham uma extrema complacência para com os espetáculos da morte, do sofrimento, dos suplícios».



Fonte: BURIAL TRIBUTES, 2008.

Em alguns lugares, como na Itália e no Brasil, muitos hospitais dispõem desse lugar; mas, no caso do modelo americano, a idéia foi a de criar um local neutro para realizar os ritos fúnebres, cuja função tem sido preenchida pela agência funerária [*funeral home*]. A recepção pode contar com decoração ao gosto do falecido ou da família, além de música, bebida, comida e outros entretenimentos. E, como o luto tem sido negado e a resignação vista como forma nobre de enfrentamento da dor, algumas dessas agências oferecem, incluso no pacote, auxílio religioso e psicológico por pessoal especializado na hora do velório²⁴⁸, tanto à família quanto aos comensais. Igualmente, vendem-se os ritos de sepultamento de acordo com a religião adotada, ou sua ausência; o local onde os corpos serão depositados, se em mausoléus, tumbas, covas rasas, carneiros ou se serão cremados, também dependem do gosto

248 No Brasil, onde isto tem sido aplicado, como é o caso de algumas funerárias de Porto Alegre/RS que têm convênio com o LUSPE, se houver demanda para além do velório, a família pode contratar o serviço do profissional que a atendeu.

e poder aquisitivo²⁴⁹.

A produção em série de objetos fúnebres gera matizes psicológicas, políticas e econômicas que podem estar associadas à experimentação de um certo luxo e prestígio social que se acham, inexoravelmente, separados pelo dinheiro. Por essa via, o indivíduo pode se sentir pertencente socialmente à classe dominante, uma vez que participa dos mesmos ritos que ela. Nesses casos, os modelos não se restringem à existência de uma casta, apesar de classistas, mas, são funcionais e acessíveis, dentro de certo padrão de consumo, o que leva o mais simples americano a pensar que participa, pelo direito de ser americano, de um estilo de vida social que dá sentido à sua coletividade.

Aquele que adquiriu certos serviços funerários e que fez isso como quem realiza um sonho tem nessa ação a mesma sensação de ter conseguido uma promoção social²⁵⁰. Reforçada pela «indústria cultural» que alimenta esse tipo de morte (cinema, televisão, imprensa, internet, rede social), ele se comporta como quem ofereceu a si mesmo ou ao seu falecido, um produto com valor no mercado. O contrário, a impossibilidade de aquisição desses serviços ou objetos o coloca no rol dos excluídos, daqueles que não têm crédito, nem monetário, nem social, pois, como escreveu Baudrillard (2006, p.149), a possibilidade de escolher é a porta de entrada para o conjunto da ordem econômica.

Como isto acontece na prática?

Ainda segundo Baudrillard (2006, p.149), através da «escolha formal» o capitalista consegue disfarçar a sua lógica de imposição cultural por meio do deslocamento do

249 Como lembrou Ariès (2003, p.76-77), os cemitérios deixaram de ser um local para os mortos ou para os seus enlutados. Globalizados são agora verdadeiros parques, embelezados com monumentos e destinados à edificação moral dos visitantes, mais turistas que peregrinos: «(...) Os autores de projetos de cemitérios do século XVIII desejam que estes sejam ao mesmo tempo parques organizados para a visita familiar e museus de homens ilustres, como a catedral de Saint-Paul, em Londres. Os túmulos dos heróis e grandes homens seriam venerados pelo Estado em tal local».

250 Esta é a condição para a sustentação tanto de uma indústria da morte, quanto do «jeito americano de morrer». Isto é, a «indústria cultural», por meio da forma simbólica da personificação dos objetos de consumo, fortifica o paradigma de uma «sociedade de indivíduos» e dá a aparente ilusão de prosperidade, de participação em um modelo de sociedade e de inserção em uma camada social mais privilegiada. Ela tanto oferece modelos quanto séries de objetos simbólicos, estabelecendo transições entre estilos culturais e impondo-os uns sobre os outros.

foco de sua atuação. Em suas palavras: a «(...) dinâmica psicológica do modelo e da série não atua pois ao nível da função primária do objeto, mas ao nível de uma função segunda que é a do objeto *'personalizado'*». Isto é, o fato de que os objetos de consumo, incluso aqui os rituais e objetos fúnebres, serem oferecidos a partir de uma matriz que permite a possibilidade de personificação, faz com que o consumidor viva a fantasia de que não participa de uma «sociedade de massa», de que aquele produto lhe é exclusivo. Já a ausência de escolha ou de personificação é compreendida como uma penúria ou ausência de «liberdade formal».

Nos casos aqui analisados, oferece-se uma «matriz essencial» que são os rituais e objetos fúnebres da indústria da morte seguindo os moldes do «jeito americano de morrer», por meio da massificação da necessidade dos serviços das agência funerárias. Isto é, a partir de um modelo a ser produzido em série ou de uma série que culminou em um modelo, a agência funerária oferece ao consumidor a possibilidade de personificar os seus serviços. Por mais parecidos que sejam entre si dois rituais e objetos, uma diferença específica como uma coroa de flores a mais, a frase personalizada em uma faixa ao canto, o tamanho, a quantidade ou a espessura da vela, adornos complementares, o livro de assinaturas, a qualidade e variedade dos comes e bebes... dão um toque personalizado, único a esse produto, que se sobressai como modelo, como um ritual ímpar, como objeto diferenciado. Quanto mais comum e com a aparência de produção em série, menor o poder aquisitivo, maior o mau gosto ou mesquinhez da família ou do moribundo. Aliás, as agências funerárias são escolhidas por uma relação preço/produto.

No entanto, toda a diferenciação oferecida é marginal ou, nas palavras de Baudrillard (2006), «inessencial», visto que, o produto seriado ou o modelo, que é o essencial, permanece inalterado: ser velado em um caixão, em um local neutro, vestido com roupas decentemente compostas, cercado por símbolos que denotem esperança (luz, velas, flores), ou símbolos religiosos, mesmo quando o moribundo não tenha tido essas preferências em vida, afinal, haverá sempre alguém que fará questão de pô-los ou fará vista grossa para não retirá-los. A única «escolha material» é a possibilidade de comprá-lo ou não.

Ao ter de escolher, o consumidor é obrigado a entrar em um sistema cultural classista, como têm lembrado Ruiz & Teixeira (2006). Ou ainda, nas palavras de Baudrillard (2006, p.149), «Esta escolha é pois especiosa: se a experimentamos como liberdade, sentimos menos que nos é imposta como tal e que através dela a sociedade global que se impõe a nós». O que significa que, dentro de um sistema de dominação cultural, a forma simbólica da escolha não pode ser a de uma «escolha material», mas uma «escolha formal». Isto é, trata-se de uma escolha de acessórios, ou de «diferença marginal»²⁵¹, o que faz com que alguns rituais e objetos fúnebres, graças à essa primazia mercantil, sejam tão descaracterizados ou sobrecarregados de «escolhas marginais» que percam o seu sentido primário: a convivência com a morte. Aliás, dependendo da inserção cultural, do gosto, do poder aquisitivo e da disponibilidade para personificar o funeral, corre-se o risco de não encontrar nada ou quase nada que seja tradicionalmente uma referência à morte.

A fotografia 07 é um exemplo disto, trata-se de um caixão apelidado na web como caixão do Bill Gates, ornado com tecidos caros e equipado com aparelhos eletrônicos para música e vídeo, ar refrigerado e um sistema de comunicação com os vivos, o que lembra em muito as tumbas dos antigos faraós ou os casulos das naves espaciais dos filmes de ficção científica. A convivência com a morte é ocultada em meio a tanto luxo e aparato tecnológico, mesmo que as pessoas, vendedoras e consumidoras, não tenham certeza de sua serventia, nem para os mortos nem para os sobreviventes.

Fotografia 07: Mercantilização da morte: caixão de Bill Gates

251 Sobre essa marginalidade, escreveu Baudrillard (2006, p.150): «O corolário do fato de que todo objeto nos chega em nome de uma escolha é a circunstância de que no fundo nenhum objeto se propõe como objeto de série e sim todos como modelos. O menor objeto se distinguirá dos outros por alguma diferença: cor, acessórios, detalhes».



Fonte: WebTuga, 2007.

Se a produção material na qualidade dos acessórios tem pouca ou nenhuma serventia²⁵², o que se vende, portanto, por meio dessa produção massificada, é o mérito do morto, mediado pelo dinheiro, como forma objetiva, e pela escolha, como forma subjetiva, subsumidos sob a indústria da morte. Isto tem sido tão evidente que os funerais podem ser confundidos, inclusive, com grandes eventos de massa, a depender do local político ou sócio-econômico do morto. Ou mesmo, associado a uma faustuosidade grosseira, cujo sentido é difícil de ser compreendido por quem está acostumado a pensar a despedida dos mortos como um evento mais austero. Isto tudo porque a produção em série de rituais e objetos fúnebres vem tornando acessível ao consumidor serviços outrora dispensados somente a reis, papas ou faraós.

No Brasil, a Funexpo (Feira de Exposição de Produtos Funerários), que costuma acontecer em São Paulo, é o mais explícito exemplo dessa mercantilização. Durante o evento pode-se passear por um shopping de produtos funerários e fazer as mais diferentes e até idiossincráticas escolhas. Ao lado de caixões devidamente pintados com bandeiras ou brasões

252 A ausência de serventia impede que o valor de uso, negado pelo valor de troca, volta a ser re-afirmado.

de times de futebol do campeonato nacional, encontram-se caixões feitos com os mais diferentes materiais e equipados com os mais diferentes tipos de aparelhagem. Alguns em formato de celular, tênis, motocicletas, garrafas de refrigerante, material de escritório ou de acordo com outros gostos. Trata-se daquela dialética dos valores já apresentada (valor de uso \times valor de troca \times valor de uso), mostrando que a função da personificação não é somente um «valor agregado», mas é também aquilo que Baudrillard (2006, p.150) classificou como «valor parasitário». Por sua vez, esse valor é também um valor autoritário, pois, há uma imposição cultural nele, que Ruiz & Teixeira (2006, p.89) interpretaram como um paradoxo da mercantilização dos produtos funerários o fato de sermos obrigados a consumir algo que não queremos:

(...) Um primeiro impasse em relação ao consumo de serviços funerários se apresenta aqui. Não queremos conviver com a morte. Mas quando ela acontece, temos obrigatoriamente que consumir produtos que não desejamos, temos que realizar escolhas que não queremos. A forma como lidamos com a mercadoria 'produtos funerários' é, portanto, esvaziada das formas significadoras que aprendemos a usar em relação aos gestos de consumo. Poucos teriam a visão prática, por exemplo, de fazer uma pesquisa de preço para buscar a urna funerária mais barata, a coroa de flores mais em conta, o velório menos dispendioso.

Dizer que a morte é uma mercadoria capitalista desenvolvida significa dizer, de acordo com os preceitos de Marx (1989, p.97), que ela está inserida numa irremediável luta de classes que não desaparece após a sua hegemonia cultural. Ela se torna o valor de troca entre as «subjetividades individuais» (profissionais de saúde, moribundos e familiares) e as «objetividades sociais» (seguradoras, planos de saúde, agências e empresas funerárias, rede privada de saúde), entre o desejo de participar de uma sociedade de consumo, de ser reconhecido pelos outros e o «globalismo cultural» de um paradigma comportamental: o «jeito americano de morrer». A mediação entre eles é realizada pela indústria da morte, com suas tentadoras ofertas de «tenha uma boa morte», «descanse em paz», «seja eternamente lembrado»... De onde nasce uma interrogação: como morre quem não pode pagar por todo esse luxo?

b) A mistanásia ou a outra face da mercantilização da morte

A medicalização e a mercantilização da morte devem ser compreendidas no contexto das desigualdades do capitalismo, que é, ao mesmo tempo, um sistema de dominação, exploração e atentado contra a dignidade humana. Têm de satisfazer tanto às exigências políticas – significar a morte como fenômeno da Biopolítica – quanto às exigências sociais, significar a morte como uma questão social – e econômicas – significar a morte como uma mercadoria capitalista desenvolvida. Ou seja, a morte deve ser compreendida como um acontecimento social notadamente marcado pelas desigualdades sociais. Mais ainda quando esses estudos levam em consideração a mercantilização da morte nos países capitalistas periféricos, onde a morte tem mostrado a sua face mais cruel, tendo recebido um nome próprio para designá-la: mistanásia.

Mistanásia significa morrer abandonado nos corredores dos hospitais, sem leito, em cima de uma maca, colchão ou simplesmente no chão. Significa também morrer nas ambulâncias que transportam os moribundos do interior para a capital como uma estratégia eleitoreira, que perde vidas, mas ganha votos. Ou ainda, de infecção generalizada por falta de cuidados adequados. Em casa, isso significa morrer em um quarto escuro no fundo do quintal, à míngua, em uma cama velha ou esteira de palha. Na rua significa morrer sem teto, de fome e frio, ou vítima das mais diversas classes de violência... Morrer como um rato de esgoto.

Garrafa & Porto (2003, p.37) já tinham percebido essa relação e por isso defenderam que a investigação sobre a forma como as pessoas morrem nos países capitalistas periféricos, para não cometer injustiças ou reforçar as mazelas que já existem, deve considerar a questão social como prioritária. Para eles, a realidade de lugares como Serra Leoa, Malawi ou Burkina Fasso, na África, comparada com a realidade de países como o Japão, EUA e países europeus basta para tomar esse argumento como evidente.

Para esse tipo de argumentação, a morte não deve ser compreendida como um

evento metafísico que não faz discriminações, como uma morte igualitária²⁵³ ou ideal de justiça²⁵⁴, por mais que encontremos argumentos reforçadores ao seu favor. Sejam quais forem eles. Pois, se costumamos, às vezes, dar razão à proposição de que a morte é a mesma para todos – a *morte-em-si* –, e que o morrer é particular, diferenciado a cada um – a *morte-para-si* –, não significa que a concepção da morte igualitária seja verdadeira. Mesmo as posturas filosóficas, por mais sedutores que sejam seus argumentos, como os de Schopenhauer (2001, p.21-75), para quem a morte é um evento metafísico, e portanto, transcendental a todo ser vivente, considerando a morte como a mesma realidade para todos, não podem ser tomados prontamente como verdadeiros. Do contrário, estaríamos criando uma visão dogmática sobre a forma como as pessoas morrem ou tratando a morte como uma entidade metafísica, coisificada²⁵⁵.

A morte não existe apartada daquele que morre, pois, a forma morte não tem fundamento sem a forma da morte. A nossa experiência com a morte não é apodíctica nem

253 A personificação que Saramago (2005) fez da morte pode ser um exemplo de manifestação dessa visão de morte. Para ele, a morte desempenha o seu papel sem considerar mérito ou demérito, por meio de suas cartas lilás, enviadas nominalmente, com destinatário certo, bastando apenas que lhe tenha chegado a hora. O mesmo encontramos no poema que Suassuna (1973, p.32) fez Chicó recitar diante da morte do cachorro que ilustra a tradição nordestina dos cancioneros populares, para os quais a morte é também representada como o único mal irremediável do qual não podemos fugir, uma sentença à qual estamos todos condenados: «O cachorro morreu. Cumpriu sua sentença e encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo em um só rebanho de condenados. Porque tudo o que é vivo, morre».

254 Uma música do cancionero popular, bastante difundida em meio às Comunidades Eclesiais de Base, Comunidades de Trabalhadores Rurais, Movimento de Educação de Base, Movimento da Juventude do Meio Popular e outros ligados à teologia da libertação, entronava a morte como a justiça suprema, marcada pela revolta contra as desigualdades sociais: «Só porque tu és governo tem dinheiro com fartura, / Negas o teu irmão, este pobre sem figura, / Cuidado com teu mistério um dia no cemitério / Nossa carne se mistura./ Refrão: Nossos direitos vêm. Nossos direitos vêm. Se não vir nossos direitos, o Brasil perde também. / A cova é tua morada o verme teu companheiro / A vida desaparece para lá não serve dinheiro, / Quero ver tua defesa, onde está tua riqueza / Que comprava o mundo inteiro? / Tu sabes que a morte é justa / Vem toda de uma vez, passa um visto em teus crimes / Qual o dia eu não sei, mas tu pagarás dobrado, / Não existe advogado que te defenda na lei». Por sua vez, a morte representando o ideal universal e abstrato da justiça que trata a todos de forma igualitária, segundo o princípio de «dar a cada qual a mesma coisa», comentado por Perelman (1996, p.9.20), ilustra uma das teorias mais clássicas do Direito: a morte é a justiça suprema.

255 Isto encontramos, por exemplo, nas mais diversas teorias mecanicistas, especialmente quando concentram suas pesquisas na busca por características universais e comuns para a determinação conceitual da morte, como um evento mecânico.

apofântica, é existencial. Isto é, a morte, tal qual a conhecemos²⁵⁶, é um «evento social», e, portanto, não deveria ser pensada em separado daqueles que morrem, que por sua vez, não deveriam ser pensados em separado da sociedade na qual vivem.

Ora, até mesmo quem acredita em uma visão metafísica da morte, sabe que as divisões sociais não diminuem após a morte. Pelo menos para os vivos, a forma como cada um se despede dos seus mortos, enterram-no, cremam ou doam seus corpos e mantêm viva a sua memória são uma extensão das desigualdades sociais que os acompanham em vida. Do mesmo modo, a forma como cada um trata a sua própria morte: os seguros, os procedimentos, os locais e os rituais desejados, ou a completa ausência de preparação, está ligada a diferenças culturais, financeiras, de mentalidades, de nacionalidade e da convivência com determinadas políticas de assistência aos moribundos. E mais, se recuperarmos o que disse Ruiz & Teixeira (2006, p.90-91), as mercadorias mórbidas estão inseridas no contexto das desigualdades sociais, pois, «(...) Se em toda sociedade o acesso às mercadorias produzidas bem como o usufruto da riqueza delas advinda é desigual, o mesmo podemos dizer referente à mercantilização da morte».

Por exemplo, nos cemitérios, desde que se criou o hábito de identificar os túmulos, estes passaram a significar referência de *status* social ou, mais especificamente, nas sociedades capitalistas, *status* de classe social. É o que nos ilustra a fotografia 08, do Cemitério Público Municipal, em Alexandria/RN, mas que poderia ser o de qualquer cidade. Percebemos as desigualdades sociais presentes na arquitetura fúnebre, tanto na sua disposição no espaço quanto na sua construção e conservação.

Fotografia 08: Cemitério Público de Alexandria/RN.

256 Refiro-me à própria consciência do morrer e à experiência da morte cotidiana, da qual fala Montaigne (1972).



Fonte: Acervo do autor, 2008.

A luta por terra e a valorização do espaço físico vale tanto para o mercado imobiliário quanto para o funerário e, como tal, gera-se uma classe de excluídos que sequer tem um lugar para ser sepultada. Isto vai de encontro à tese de Ariès (2003, p.77), para quem «(...) A cidade dos mortos é o inverso da sociedade dos vivos ou, mais que o inverso, sua imagem, e sua imagem *intemporal*. Pois os mortos passaram pelo momento da mudança, e seus monumentos são os signos visíveis da perenidade da cidade». Pelo menos no tocante às desigualdades sociais, o mundo dos mortos não é diferente. A morte não nos iguala socialmente, ao contrário, nos submete às mesmas regras mercantis. O que somos quando vivos, somos também quando mortos. As desigualdades que nos acompanharam em vida, fazem-se presentes também no nosso pós-morte.

Costa (1994), por exemplo, já tinha nos chamado atenção para esse tipo de concepção da morte por meio da análise que ele fez das formas da morte de Ayrton Senna e de

Rosilene de Almeida. O primeiro, um esportista que dispensa apresentações. A outra, uma empregada doméstica, de 38 anos, grávida, sem muitas apresentações. A análise das duas mortes é marcada por aquilo que ele chamou de «paroxístico do *apartheid* simbólico que fabricamos». O que se explica assim: ao passo que a morte de Senna foi uma comoção nacional, a de Rosilene foi uma trituração. Antes os casos:

A morte de Ayrton Senna comoveu o país. O desalento foi geral. Independentemente do *big carnival* da mídia, todos perguntavam o que Senna significava para milhões de brasileiros. Por que a perda parecia tão grande? O que ia embora com ele? Dias depois, uma mulher morreu atropelada na avenida das Américas, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. Ficou estendida na estrada por duas horas. Como um 'vira-lata', disse um jornalista horrorizado com a cena! Neste meio tempo, os carros passaram por cima do corpo, esmagando-o de tal modo que a identificação só foi possível pelas impressões digitais. Chamava-se Rosilene de Almeida. Tinha 38 anos e era empregada doméstica.

A forma da morte de Ayrton Senna tanto quanto a forma da morte de Rosilene são expressões de uma mesma forma de morte: a morte trágica em decorrência de acidente automobilístico. Uma diferença, no entanto: o primeiro na qualidade de motorista, a outra, de pedestre. Mas, segundo Costa (1994) não é esta a diferença essencial. O que distingue uma morte da outra é o que cada uma dessas pessoas representava para à população, incluso nós. Ou seja, é o que cada uma era em vida: um herói nacional *x* uma simples doméstica²⁵⁷.

A morte não é uma outra coisa diferente da vida. E isto é verdadeiro também onde não existe tragédia como é o caso mostrado por Maciel (2004a, p.1). Trata-se de um senhor de 87 anos assistido por uma equipe de cuidados paliativos em sua residência. A sua morte ocorreu em casa, na sua cama, junto aos seus filhos. Nesse caso, quando a filha diz que seu pai morreu como um Lorde, o diz também que ele assim o viveu. O que a assistência paliativa conseguiu preservar foi a coerência, já atestada pelos estóicos²⁵⁸ entre o viver e o morrer:

257 Nada é mais clássico na literatura tanática do que as diferenciações entre a morte do herói e a morte do homem comum.

258 Na verdade, essa tradição estóica, que evocamos aqui por meio de Sêneca, está na base da moral cristã das *Ars Moriendi* e de vários pensadores ocidentais como Montaigne, Schopenhauer, Nietzsche, Dworkin, entre outros.

A.R., 87 anos, sexo masculino, Câncer de próstata, cuidado pelas filhas. Era um homem muito inteligente, um profissional de sucesso e um ídolo para a família. Estava confortável em sua casa e as filhas decidiram mantê-lo assim até o final, sob seus cuidados. Sanada a dor e estando tranqüilo, uma das filhas se despediu dele e confessou estar preocupada, pois seria a primeira morte que assistiria. Mesmo assim, acordou numa madrugada de domingo e percebeu que ele estava com a respiração fraca e irregular. Permaneceu a seu lado até parar completamente e percebeu a partida de sua 'energia' como algo muito forte. Fui na mesma noite fazer a declaração de óbito e ouvi: *'Meu pai viveu como um Lorde e assim morreu. Nada lhe faltou, morreu em sua casa, com seus filhos, e o acompanhamento de uma equipe que também foi amiga. Deu tudo certo'*. O que se nota aqui é o fato da morte no domicílio, acompanhada pela família e tendo como cenário o lugar da vida daquela pessoa é associada ao conceito da dignidade ao morrer. Morreu como sempre viveu.

Morreu como sempre viveu é, segundo a autora o novo mote da humanização da morte sob a tutela dos cuidados paliativos²⁵⁹, mas é também o reconhecimento de que a morte não é um evento dissociado da vida, da forma da vida de cada um. Não é um que vive e outro que morre. A minha morte somente a mim pertence e ela será conforme eu viva a minha vida. E, como a qualidade de vida fica comprometida quando as pessoas fazem parte das camadas mais pobres da população, é natural pensar que elas também morrem mais cedo e dos mais diversos males. Não só pela ausência de consumo dos produtos médicos, como pensa Boltanski (1979), mas pelo conjunto das mazelas sociais às quais estão submetidas.

Nesse sentido, os operários são mais propensos a morrer no próprio ambiente de trabalho, ou em decorrência dele, do que os seus patrões. Se os operários são migrantes de países periféricos ou de etnia ou cor discriminada, morrem primeiro²⁶⁰. Assim, no mundo do trabalho, graças a essas desigualdades, latinos, africanos e asiáticos compõem não só o exército de reserva de mão-de-obra mal paga nos países capitalistas centrais, como uma camada social mais suscetível à morte prematura.

Outros indicativos sugerem haver relações entre as desigualdades sociais no

259 «Este é o mote para os novos casos. Humanizar a morte é descobrir também como viveu aquela pessoa, quais os seus desejos; preparar a família e providenciar os cuidados práticos após a partida; estar atento às crenças de cada um e representar uma presença solidária além de técnica. Essas lições não estão nos livros» (MACIEL, 2004a, p.1).

260 Conforme denunciou o jornal *Parkear* (2006), das mortes por causa do trabalho no estado de Massachusetts/EUA, segundo a última estatística em 2004, 12% foram de brasileiros.

tocante ao índice de escolaridade e a forma como as pessoas morrem. Para tanto, evoco os dados²⁶¹ apresentados por Maranhão (1999, p.23). Segundo eles, nos EUA, independentemente de raça, morriam mais crianças de famílias com renda inferior a 10 mil dólares e grau de escolaridade baixa do que de famílias com renda superior a essa quantia e grau de escolaridade médio. Na França, a realidade observada por esse autor revelou-nos que quanto mais altos eram a renda econômica e o grau de escolaridade, maior era a expectativa de vida. A sua hipótese explicativa para essas diferenças se fundamenta no fato de que boa parte das profissões mais arriscadas, como a dos trabalhadores da indústria química, tanto na França como em outros países capitalistas centrais, têm sido assumidas por profissionais com menor grau de instrução escolar, embora ganhem tanto quanto um funcionário público com nível superior. Assim, um proletário analfabeto tem expectativa de vida menor do que outro, com renda igual, mas de escolaridade superior.

No tocante à assistência, isto também é verdade. A morte se liga às desigualdades sociais mediada pela ausência ou presença dos serviços públicos de saúde. Em países capitalistas centrais, como é o caso da Inglaterra, embora exista – de acordo com o testemunho de Maranhão (1999, p.22) – uma «assistência médica de alta qualidade» garantida pelo Serviço Nacional de Saúde, as taxas de mortalidade, em todas as idades, são maiores entre as pessoas das classes mais pobres. Isto nos permite postular a existência de uma relação entre grau de pobreza e taxa de mortalidade.

Essa relação pode ser explicitada também por meio das teses de Noin (1973) sobre a «demografia da morbidade»²⁶² e de Boltanski sobre (1979) sobre consumo médico. Para o primeiro, só em países onde o desenvolvimento industrial acontece de forma tardia, a taxa de esperança de vida dos filhos é maior do que a dos pais (NOIN, 1973, p.7-15). Já Boltanski

261 Apesar da distância temporal que separa os dados apresentados por Maranhão (1999) da nossa atualidade, o seu significado não foi abalado: as desigualdades sociais estão presentes na hora da morte e sobrevivem a ela. Quando tais dados são combinados com aqueles apresentados por Illich (1975), o significado é o de que o morrer foi capitalizado e a assistência ao moribundo mercantilizada.

262 Ele mostrou que as pessoas de sua época não tinham uma expectativa de vida maior do que a dos seus pais, como ocorria com as crianças no começo do século XVIII até meados do século XX.

(1979, p.122-129), que relacionou renda, por meio do consumo de produtos médicos, com mortalidade, por meio do quociente de mortalidade, chegou às mesmas conclusões. Para ele, quanto mais se pode gastar com consumo médico – ou seja, quanto mais renda se tem – mais tarde se morre:

A morbidez exprimida e ressentida varia de uma categoria sócio-profissional para outra, no mesmo sentido que o consumo médico, e cresce regularmente quando se passa dos proprietários rurais aos pequenos proprietários independentes, aos operários, aos outros assalariados (BOLTANSKI, 1979, p.122, nota 3)

Na pesquisa de Boltanski (1979, p.123), quando ele cruzou os dados «Consumo médico conforme a categoria sócio-profissional do chefe de família, em francos, por pessoa e por ano» com o «quociente ajustado de mortalidade (por 1.000) aos 35 anos, conforme a categoria sócio-profissional», chegou à conclusão de que trabalhadores menos remunerados morriam antes do que os mais bem remunerados. Um técnico assalariado do setor público, por exemplo, que consumia aproximados 127 francos/ano com produtos médicos, correspondia ao quociente de 1/1.000, ao passo que um trabalhador agrícola, que consumia aproximados 58 francos/ano, correspondia a um quociente pouco superior a 2,5/1.000. Assim, a verdadeira relação estabelecida é entre política de concentração de renda e taxa de mortalidade, da qual, nesse caso, o consumo médico é apenas uma mediação.

Embora Illich (1975) tenha questionado a eficácia da Medicina – e o que ele escreveu acerca disto faça sentido –, a sua crítica deve ser colocada como uma crítica contra a tese corrente de que a empresa médica, sozinha, tenha conseguido todos os feitos que lhe são atribuídos. Ao ser associada à questão política, os resultados que essa empresa apresenta devem ser considerados. Não por sua ação médica isolada, mas porque há uma relação entre consumo médico e renda que é sustentada por políticas voltadas para a concentração de renda. Assim, na América Latina, onde há alta concentração de renda, os 40% mais pobres têm uma morbimortalidade por enfermidades preveníveis 4 vezes mais alta do que os 20% mais ricos, conforme atesta Fortes (2003, p.104).

Ora, sendo isto verdadeiro, tanto a crítica de Illich (1975) quanto a defesa de Boltanski (1979, p.122) fazem sentido, visto que «(...) a distância entre o risco sanitário corrido pelos agentes sociais e os meios sanitários que mobilizam para se prevenirem contra esse risco é bastante desigual nas diferentes classes sociais». Ambos concordam que a morte anda de carona com a pobreza, o que hoje já não é mais nenhuma novidade. Até mesmo o discurso oficial do governo já reconheceu essa relação, como atestam vários documentos internacionais, multinacionais, nacionais e locais²⁶³.

Reconhecer as suas próprias mazelas não é algo que o capitalismo esconda. Tratá-las, isto sim, não o faz, ou só o faz quando elas se tornaram obsoletas ou há uma pressão social muito forte que a exija. No entanto, a própria forma como o Estado formula e implementa políticas públicas revela a sua vocação para distorcer as reivindicações da classe trabalhadora e dos grupos menos favorecidos em favor de outros interesses. Como se disse, não é a simples existência de políticas de assistência aos moribundos que lhe garantem a sua dignidade, há outras questões envolvidas. Então, o que seria necessário para garanti-la? É possível ao capitalismo superar a acusação de ser um sistema que atenta contra a dignidade humana? Examinemos isto no capítulo seguinte.

263 Para efeito de aprofundamento, cito o documento conhecido como *Mortalidade Materna e Infantil*, de 2006, produzido pela Prefeitura Municipal de São Luís/MA: «As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De modo geral, os indicadores de saúde demonstram que estão mais vulneráveis e vivem menos, as populações expostas à precárias condições de vida. Sabe-se que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde» (SÃO LUÍS, 2007, p.4).

5 DIREITOS SOCIAIS DOS MORIBUNDOS: estratégias de tanatopoder

O conjunto das políticas de assistência aos moribundos como controle social é um dos fenômenos originados com a sociedade capitalista, quando esta precisou expandir seus mercados aos domínios da morte e do morrer. Mas, também, é uma resposta às lutas sociais em defesa da dignidade humana do moribundo e do respeito aos mortos. Por um lado, ele é produto indireto das reformas sanitárias como formas de combate às pestes que assolaram os países capitalistas centrais no século XIX e das grandes guerras do século XX. E, por outro, produto direto do desenvolvimento tecnológico e mercantil dos países capitalistas centrais. Desse modo, ele não é possível antes do advento da empresa médica ou da Medicina social como formas de controle social sobre a forma como as pessoas morrem, como governo sobre a população e sobre o indivíduo na forma da Biopolítica.

Sua dinâmica é específica para cada caso histórico, mas comporta algumas regras gerais, que o tornam um fenômeno ideológico tipicamente capitalista. Essas regras podem ser expostas a partir da análise da concessão de direitos sociais *aos* moribundos, que por serem concedidos devido à sua condicionalidade de moribundos, chamo-os de direitos sociais *dos* moribundos.

Mas, o que são tais direitos?

Em poucas palavras, digo que como fenômeno ideológico do capitalismo, eles são o resultado de múltiplas determinações históricas, envolvendo os conflitos de classe e os de controle das relações sociais pelo monopólio do tanatopoder, sob a forma simbólica do respeito à dignidade humana na hora da morte. Assim, no âmbito das particularidades, a origem dos direitos sociais dos moribundos pode estar associada às lutas sociais em torno da morte e do morrer em três frentes de atuação: o culto aos mortos, o direito à assistência na hora da morte e a integração social dos moribundos. No entanto, a demanda que os produz é decorrente de interações distintas entre seus formuladores, implementadores e beneficiados,

conforme observamos na análise realizada por Spink (2007); ao que acrescento dialeticamente articuladas com as exigências da sociedade de consumo.

Examinemos um e outro.

5.1 A dignidade do moribundo na hora da morte: herança das lutas sociais

De acordo com Castro (1965) e Maranhão (1999), as lutas sociais em defesa dos mortos estão na base da defesa da dignidade humana do moribundo, que, desde as Ligas Camponesas vêm lutando por assistência religiosa e material na hora da morte:

(...) O objetivo inicial das Ligas fora o de defender os interesses e os direitos dos mortos, não os dos vivos. Os interesses dos mortos de fome e de miséria: os direitos dos camponeses mortos na extrema miséria da bagaceira. E para lhes dar o direito de dispor de sete palmos de terra onde descansar os seus ossos e o de fazer descer o seu corpo à sepultura dentro de um caixão de madeira de propriedade do morto, para com ele apodrecer lentamente pela eternidade afora. Para isto é que foram fundadas as Ligas Camponesas. De início, tinham assim muito mais a ver com a morte do que com a vida, mesmo porque com a vida não havia muito o que fazer... (CASTRO, 1965, p.23)

Mas também, como processo de emancipação do moribundo do controle social eclesiástico para o controle social estatal e depois para o controle mercantil. Esta tese encontra respaldo também na análise que Reis (1991) fez sobre a Cemiterada como precursora da defesa do direito à dignidade do morto, o que teria sido preponderante para dar sustentação aos discursos contemporâneos que procuram preservar a personalidade mesmo após sua morte²⁶⁴.

Dito isto, indaga-se: como essas disputas podem estar na origem de direitos concebidos sob a tutela do neoliberalismo, cujo objetivo, me parece, é a inclusão social dos

264 A questão da personalidade do morto, ou da pessoa formal, tem aparecido, sobretudo, em situações em que a memória da pessoa física é desafiada após a sua morte; como são os casos em que o morto manifestou em vida a vontade de doar seus órgãos, mas a família se recusa; ou em casos que gostaria de ter tal forma de sepultamento, conflitando com os interesses dos sobreviventes. Os testamentos, durante algum tempo, procuraram garantir essa vontade, mas desde que caíram em desuso ou o Estado passou a arbitrar como soberano sobre essa vontade, a questão ética da dignidade humana depois da morte tem permanecido; e, em algumas situações, como na violação de sepulcros, virado caso de polícia.

moribundos na sociedade de consumo? Para respondê-la tomo como pressuposta a tese de Marx (2001b) de que toda luta social é uma luta contra o poder. Assim, quando católicos e positivistas, inimigos mortais, são capazes de se reunir contra a remoção dos cemitérios parisienses proposta por Napoleão III²⁶⁵, não estão indo contra uma simples ação sanitária, mas solapando o poder do tirano de dispor sobre a morada dos mortos. Dispor sobre a morada dos mortos, na acepção mais antiga da palavra, como já examinamos com o caso Antígona, é a origem de todo o tanatopoder. A verdadeira luta, nesse caso, foi contra o poder ilimitado do tirano, que atentava contra a idéia de propriedade privada, sagrada para a burguesia.

É a noção de propriedade que dá sustentação à organização dos cemitérios modernos que são, ao mesmo tempo, um local de culto aos mortos e de ostentação social. Isto porque o túmulo assumiu a conotação de moradia, de casa dos mortos. Como disse Ariès (2003, p.77), vai-se «(...) visitar o túmulo de um ente querido como se vai a casa de um parente ou a uma casa própria, cheia de recordações». E justamente por isto, o culto ao túmulo virou o culto aos mortos²⁶⁶, pois não é a simples construção que se visita, mas o monumento

265 No relato de Ariès (2003, p.77): «A partir do início do século XIX, pretendia-se desapropriar os cemitérios parisienses atingidos pela expansão urbana e transferi-los para fora da cidade. A administração de Napoleão III quis pôr em execução este projeto. Podia alegar um precedente: no fim do reinado de Luís XVI, o velho cemitério dos Inocentes, em uso há mais de cinco séculos, havia sido demolido, escavado, interditado e reconstruído com a maior indiferença da população. Mas, na segunda metade do século XIX, as mentalidades mudaram: toda a opinião pública foi contra os projetos sacrílegos da administração, opinião unânime em que os católicos se uniam a seus inimigos positivistas. A presença do cemitério parecia, a partir de então, necessária à cidade. O culto dos mortos é hoje uma das formas ou uma das expressões do patriotismo».

266 O culto aos mortos é mais antigo que o culto aos túmulos e independe deste, estando ligado diretamente à memória do morto, independente da sua sepultura. O morto passa a ser lembrado pelo seus feitos ou pelas afeições que os vivos mantêm para com ele. Não se cultua um local específico, no qual ele esteja enterrado ou as suas cinzas guardadas. Na Europa medieval esse tipo de culto foi bastante comum, conforme atesta Ariès (2003, p.73-74), mesmo quando inexistiam a identificação das sepulturas e ainda se praticava o enterro *ad sanctos*: «(...) Na Idade Média, os mortos eram confiados, ou antes abandonados à Igreja, e pouco importava o lugar exato de sua sepultura que, na maior parte das vezes, não era indicada nem por um monumento nem mesmo por uma simples inscrição». Na América contemporânea esse culto tomou às vezes de uma memória nacional, por meio do culto ao herói: «Trata-se, portanto, de um culto privado, mas também, desde a origem, de um culto público. O culto da lembrança imediatamente estendeu-se do indivíduo à sociedade, seguindo um mesmo movimento da sensibilidade. (...) Uma nova representação da sociedade nasce neste fim do século XVIII, tendo se desenvolvido no século XIX e encontrado sua expressão no positivismo de Augusto Comte, forma erudita do nacionalismo. Pensa-se, e mesmo sente-se, que a sociedade é composta ao mesmo tempo de mortos e vivos, e que os mortos são tão significativos e necessários quanto os vivos» (ARIÈS, 2003, p.76-77).

erigido a determinada pessoa, como forma de cultuar sua memória e individualidade.

As lutas sociais em favor do culto aos mortos têm, portanto, uma dimensão econômica: a manutenção da propriedade privada; e outra política: a manutenção da identidade nacional. Isto é bastante coerente com a análise de Marx (2001c, p.2), para quem o culto aos mortos ou, mais especificamente, a «ressurreição dos mortos», tem caráter revolucionário:

A ressurreição dos mortos nessas revoluções tinha, portanto, a finalidade de glorificar as novas lutas e não a de parodiar as passadas; de engrandecer na imaginação a tarefa a cumprir, e não de fugir de sua solução na realidade; de encontrar novamente o espírito da revolução e não de fazer o seu espectro caminhar outra vez.

Mesmo autores como Ariès (2003, p.73), que são resistentes a ver nesse culto causas além das psicológicas, por associá-lo aos lutos históricos²⁶⁷, são obrigados a concordar com Marx e reconhecerem também causas políticas e econômicas. No caso de Ariès (2003, p. 74), ele reconhece as reformas urbanas e sanitárias que começavam a ser forjadas sob o espírito do iluminismo:

O acúmulo local dos mortos nas igrejas, ou nos pátios das mesmas, tornou-se repentinamente intolerável, ao menos para os espíritos «esclarecidos» da década de 1760. Aquilo que durava há quase um milênio sem provocar reserva alguma já não era suportado e se tornava objeto de críticas veementes. Toda uma literatura menciona o fato. Por um lado, a saúde pública estava comprometida pelas emanações pestilentas, pelos odores infectos provenientes das fossas. Por outro, o chão das igrejas, a terra saturada de cadáveres dos cemitérios, a exibição dos ossários violavam permanentemente a dignidade dos mortos. Reprovava-se a Igreja, por ter feito tudo pela alma e nada pelo corpo, por se apropriar do dinheiro das missas e se desinteressar dos túmulos.

No entanto, as reformas sanitárias não foram direcionadas exclusivamente para a remoção dos cemitérios, visto que concomitante ao surgimento da Medicina social, elas também desenvolveram políticas de exclusão social dos moribundos como forma de controlar

267 «Esse exagero do luto no século XIX tem um significado: os sobreviventes aceitam com mais dificuldade a morte do outro do que o faziam anteriormente. A morte temida não é mais a própria morte, mas a do outro. Esse sentimento é a origem do culto moderno dos túmulos e dos cemitérios...» (ARIÈS, 2003, p.72).

a morte e o morrer. Este tipo de ação produziu novas lutas, sem prejuízo das anteriores, nas quais passou a prevalecer o desejo à assistência estatizada aos moribundos, bem como, o de sua inserção social, marcado como luta pela garantia da dignidade humana.

A condição de possibilidade que subsume essa garantia é assumida como ter satisfeitas as necessidades do moribundo, que, por sua vez, fundamenta-se em uma concepção individualista da morte. Este tipo de concepção pode ser ilustrado por meio da tese de Elias (2001, p.7), para o qual a consciência da morte e o desafio de lidarmos com o fato de saber que «(...) todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos têm um fim», é um problema que atinge a todos nós, mas não da mesma forma. As pessoas encaram o fato de que vão morrer de formas diferenciadas. Algumas delas, como atestou Montaigne (1972, p.49), não querem sequer ouvir o nome morte e a maioria raramente pensa no assunto, ou quando muito o faz, já é depois que lhe condenou o médico. Pode-se até mesmo afirmar que, para a maioria, morrer tem sido um evento obscuro e a literatura ao seu respeito deve ser interdita, porque é tratada, como Gorer (1955) já havia denunciado, ou como pornografia ou como sensacionalismo.

Essa concepção individualizada da morte e sua associação com a garantia da dignidade humana é a «força ilocucionária» da proposição «As pessoas não morrem diferente de como viveram». Isto nos remete às teses de Foucault (2006b, p.179-192), para o qual as ações individuais são de interesse direto do «aparelho coercitivo do Estado», reunindo, portanto, na mesma análise, a dimensão micro e a macro acerca do fenômeno morte e morrer. Nesse sentido, a forma da morte dos indivíduos, como já se disse, não pode ser dissociada da sua condição de classe, nacionalidade, etnia, cor, sexo, ocupação... o que também significa dizer que a forma de morte nessas sociedades, e mais específico ainda, a forma da boa morte, tem um preço. Esse preço pode ser tanto político quanto monetário, diferenciado de acordo com a forma de Estado e sua localização geográfica, se no centro ou na periferia, além de outras determinações sociais: nos grandes centros ou nas pequenas cidades, se assistido pela rede pública ou privada, se hospitalizado ou em casa, se em casa sem suporte profissional ou

com suporte etc. Logo, as necessidades sociais dos moribundos são produto do movimento historicamente determinado pelas condições que permitiram o desenvolvimento industrial e urbano e as formas de assistência dele decorrentes. E mais, a forma como as pessoas morrem nas sociedades capitalistas ocidentais cristãs não está separada do conjunto das políticas estatais voltadas para a sua estruturação social, quer no tocante às desigualdades sociais, quer no tocante ao controle social estatal²⁶⁸.

Dizer, portanto, que essas necessidades são produto das condições que permitiram o desenvolvimento industrial e urbano e as formas de assistência dele decorrentes estão associadas ao controle social estatal, remete-nos à própria história das formas de expropriação da morte nos países capitalistas ocidentais cristãos. Em especial, quando do aparecimento da sociedade industrial e do Estado autoritário a morte estatizada acabou se tornando paradigma de assistência aos moribundos.

Em primeiro lugar, porque houve uma disputa entre o controle social eclesiástico e o controle social estatal sobre as formas de morte, que tem dado vantagem ao controle social estatal, em especial após o fortalecimento da vida urbana moldada pelo iluminismo e pelo mecanicismo²⁶⁹. O iluminismo porque, ao ter produzido a ideologia de que todo e qualquer apoio moral e familiar está restrito ao núcleo familiar, enfraqueceu o sentimento de eclesialidade – como aquele sentimento de pertencer a uma Igreja. E, o mecanicismo porque forjou a visão de homem e sociedade mecanizada, conseguindo impor como forma simbólica da morte a morte mecânica.

268 Não podemos atribuir ao capitalismo nem à modernidade a gênese da morte discriminatória. Ela é mais antiga do que pensamos. Nos textos de Homero (2002), já encontramos referências sobre o assunto na discriminação que é feita entre a morte do herói, caminho para a glória, e a morte do homem comum, caminho para o esquecimento. Platão (1976, 2004), herdeiro dessa tradição, diferencia a morte do filósofo, caminho para a libertação da alma, da morte do homem comum, espetáculo de horror e temor. Caminho seguido de perto por nomes como Cícero (2007), Sêneca (2007), Montaigne (1972), Schopenhauer (2001) e Quevedo (2006), entre outros, para os quais o morrer não pode ser dissociado da forma de vida levada pelo indivíduo. O que estamos destacando é que, no capitalismo, essas diferenças estão diretamente associadas às desigualdades sociais e são por elas tanto alimentadas quanto exacerbadas. Se em Homero (2002, #352-354) a morte do herói é um acontecimento político, o capitalismo aprendeu a transformá-la também em um acontecimento econômico.

269 No entanto, ela não está encerrada. Questões como aborto e eutanásia, entre outras, quando suscitadas, demonstram quão forte ainda é a presença dessa disputa nos dias de hoje.

Em segundo lugar, porque o Estado institucionalizou todas as formas de solidariedade e caridade, retirando a espontaneidade dos eventos, conseguindo impor como necessidade social a sua própria existência fetichizada. Esse fetichismo, materializado na morte asséptica e assistida, faz com que o homem passe a se pertencer cada vez menos e a se alienar cada vez mais. O burguês se torna escravo do capital e o proletário alienado da sua força de produção. Ambos, escravos da produção. E, como não se reconhecem mais, sentem menos a proximidade da morte²⁷⁰. Desse modo, o «conjunto das circunstâncias», nas palavras de Vanderveken (2005, p.26-30), no qual o controle social estatal sobre a morte passa a fazer sentido é o mesmo do aparecimento de uma nova forma de saber: o saber clínico, na ótica de Foucault (2006d), ou o da Medicina social, na ótica de Illich (1975). Em ambos os casos, o contexto do fortalecimento do sistema capitalista industrial, marcado por novas formas simbólicas de controle social sobre os moribundos, dentre as quais, a resignação e a hospitalização.

A resignação está ligada a um tipo de etiqueta da morte, ou se quiser, a um tipo de espiritualidade ou de moralidade da morte que aparece, à primeira vista, como uma questão estética. Ela prega que não é mais de bom tom, em meio à prosperidade industrial, manifestar o sofrimento. Isto porque, de acordo com Ariès (2003, p.85), a burguesia industrial prega que deve-se evitar «(...) a perturbação e a emoção excessivamente fortes, insuportáveis, causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz». Mesmo quando os rituais que estavam sob o domínio do controle social eclesiástico são mantidos, não têm mais a mesma expressividade, nem o mesmo impacto sobre as pessoas, como anteriormente:

(...) Nas narrativas românticas, [o moribundo] continuou sendo o principal personagem aparente de uma ação que presidia, e assim será até à primeira terça

270 Uma das características das «sociedades pré-industriais» que Ariès associa à «morte domada» é a sensibilidade natural para a percepção da morte. Ariès (1981, p.7-11) escolheu como primeira propriedade conceitual da morte justamente o anúncio: «Eles não morriam de qualquer maneira: a morte era regulamentada por um ritual costumeiro descrito com benevolência». E, mais adiante, passa a enumerar alguns dos sinais, ou pressentimentos, pelos quais os homens daquela época percebiam a morte se aproximar.

parte do século XX. (...) *Mas foi a atitude da assistência o que mais mudou.* Se o moribundo manteve o papel principal, os assistentes não são mais os figurantes de outrora, passivos, refugiados nas preces e que, em todo caso, do século XIII ao XVIII, já não manifestavam as grandes dores de Carlos Magno ou do rei Artur. Aproximadamente desde o século XII, o luto excessivo da Alta Idade Média efetivamente ritualizou-se. Começava apenas após a constatação da morte e traduzia-se por uma indumentária, por hábitos e por uma duração fixados com precisão pelo costume (ARIÈS, 2003, p.70-71).

Por sua vez, a resignação cria a necessidade de expropriação do sofrimento, cujo papel, de acordo com Illich (1975, p.127), é desempenhado pela Medicina. E assim, tal como a colonização capitalista, a colonização médica vem criando um sistema de dependência clínica fortalecido por suas formas simbólicas de assistência à saúde, à doença e à morte:

A exploração de uma medicina lucrativa atraiu para a área de assistência vultuosos recursos do capital industrial e financeiro. O estilo ocidental da pretensa medicina curativa foi exportado para o Terceiro Mundo, perenizando o relacionamento colonial, tornando as ex-colônias dependentes das tecnologias e provisões do Ocidente. A indústria farmacêutica cresceu com o desenvolvimento do capitalismo e a industrialização do setor químico e petroquímico (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p.199).

Ela intervém diretamente sobre a capacidade que o indivíduo tem, por si, de se adaptar ao mundo, domando-o para torná-lo dependente da segurança farmacológica, terapêutica e assistencial²⁷¹. Uma das estratégias para isto, segundo Illich (1975, p.44), é a criação de um deslumbre com a tecnologia médica, o que leva-o a acreditar que «(...) a saúde de uma sociedade aumenta na exata medida em que seus membros venham a depender de próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos»²⁷². Retira, portanto, a sua capacidade de se adaptar ao mundo sem os amuletos

271 O medo que temos de sentir dor e a conseqüente expropriação dessa capacidade natural é a principal forma pela qual a Medicina tem desempenhado esse papel, pois, transformado em animal domesticado e desprovido do alarme da dor, o homem perde a capacidade de auto-afirmação e de responder por sua transformação biopsicocultural sem o apoio da Medicina farmacológica.

272 Essa alienação é mais facilmente percebida quando se mostra que a empolgação com o modo de vida capitalista ocidental cristão tem-se tornado uma ameaça à saúde e uma ameaça de morte na atual sociedade de consumo. Pois, de acordo com a *Radis* (2006d, p.10-11), os dados mostram que morrem anualmente 7 milhões de pessoas no mundo em decorrência de neoplasias malignas de diversos tipos, o que corresponde a 12% das causas de óbito no mundo, cujas causas são agravadas pelo tipo de vida que a população tem decorrente da globalização econômica, do estilo de vida pouco saudável, do tabagismo, alcoolismo e obesidade. Aliás, esses três últimos se

mágicos das ciências médicas²⁷³. Dessa forma, a sociedade contemporânea tem criado verdadeiros «pacientes», que se tornam dependentes da empresa médica, responsável direto por essa resignação, alienando os meios de tratamento e impedindo que o conhecimento médico seja partilhado, o que nos revela que a resignação é um tipo de racionalidade alienante.

O cenário que mais justifica o uso da resignação é o hospital, que eleito à categoria de instituição social necessária, tem se tornado a principal referência para a significação da nova linguagem médica²⁷⁴. O próprio termo hospital, conforme encontramos em Ariès (2003), deixou de significar o «asilos dos miseráveis e dos peregrinos», para significar o «centro médico» no qual se cura e se luta contra a morte²⁷⁵. Na ótica de Foucault (2006d, p.80), essa passagem faz parte do programa capitalista para a dominação do corpo enquanto força de produção, visto que «(...) o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo».

No entanto, o ambiente hospitalar é rico em determinações, de modo que a morte hospitalizada, como «evento social», é pautada por inúmeras contradições. O hospital é, ao mesmo tempo, tanto o local da assistência quanto o da exclusão social dos moribundos, como forma simbólica da política de higienização social. Como defendeu Foucault (2006b, p.101), nem sempre o hospital foi o que é hoje, mas sempre portou essas contradições internas: «Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos

constituem na grande preocupação pública devido à contribuição que têm dado para os casos de óbito no Brasil e no mundo: em 2005, o SUS registrou 423 mil internações por neoplasias malignas e 1,6 milhão de consultas em ambulatórios oncológicos.

273 Tem sido bastante comum encontrarmos usuários dependentes de medicamentos para as menores mazelas que os acometem, para as quais gerações anteriores tinham outras soluções. Essa dependência cria tanto a automedicação quanto a necessidade de terapia. A ironia é que o moribundo agora se torna dependente dos meios que ele procurou para se libertar da dor.

274 De acordo com Vanderveken (2005, p.26-30), uma vez que fora modificado o «conjunto das circunstâncias» nos quais os termos faziam sentido, ou estes ganham novos sentidos ou caem em desuso. Foi o que aconteceu, por exemplo, com o vocabulário da cultura da morte que prevaleceu até o século XVIII. Termos como *nuncius mortis* caíram em desuso, ao passo que outros como morrer, moribundo, hora da morte ganharam novos sentidos de acordo com o novo saber que se impôs.

275 A imagem *O Médico*, de Saliger, representa justamente essa mentalidade, bastante difundida no final do século XIX e início do século XX, mas prevalecendo até os dias de hoje, em muitas culturas.

pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão». Assim, do ponto de vista da Biopolítica, ele corresponde, sobretudo, a uma das formas de controle social estatal sobre os corpos, a do Estado social, que começa a ser questionada com as práticas de desospitalização e cuidados domiciliares.

Propostas nas atuais políticas de saúde, a desospitalização e os cuidados domiciliares são formas simbólicas do Estado neoliberal, para o qual as obrigações sociais são relegadas ao setor privado. Como esse setor costuma espoliar a morte de acordo com o poder aquisitivo do moribundo e sua família, quer na forma da internação hospitalar ou na do *home care*, criou-se a norma oculta de que o moribundo deve morrer conforme o seu poder aquisitivo lhe permita. Se ele fica muito ou pouco tempo na terapia intensiva é uma decisão diretamente influenciada pelas regras arbitradas entre as seguradoras, os planos e os profissionais de saúde. Assim, se a medicalização do morrer, que criou o homem assistido, trouxe consigo a ideologia das UTIs, e portanto, a crença na morte sob controle, trouxe também uma terceirização da morte e, portanto, a sua mercantilização, como atestam Ruiz & Teixeira (2006).

Essa terceirização está associada às políticas de inclusão dos moribundos na sociedade de consumo, fazendo com que a dignidade humana passe a ser compreendida como a garantia de poder aquisitivo para resolver as pendências que considerar mais importantes, de acordo com a sua capacidade, diminuindo assim dispêndios e confusões para seus familiares. Isto tem culminado na concessão de direitos sociais e colocado sob a tutela do próprio Estado capitalista o controle das lutas sociais pela dignidade humana²⁷⁶.

O conjunto desses direitos é produto das políticas de assistência neoliberais, sustentadas pela lógica do consumo, o que faz com que as novas necessidades dos moribundos

276 Isto mostra como o Estado é o produto de uma sociedade de classes que produz as suas contradições internas, como escreveu Marx (2001d, p.6): «Em todas essas lutas, vê-se forçada a apelar para o proletariado, reclamar seu concurso e arrastá-lo assim para o movimento político, de modo que a burguesia fornece aos proletários os elementos de sua própria educação política, isto é, armas contra ela própria. Demais, como já vimos, frações inteiras da classe dominante, em conseqüência do desenvolvimento da indústria são precipitadas no proletariado, ou ameaçadas, pelo menos, em suas condições de existência. Também elas trazem ao proletariado numerosos elementos de educação».

e suas lutas apontem para a garantia da prestação assistencial sob a forma dos cuidados paliativos, como uma conquista dessa nova geração de moribundos. Nesse sentido, como fenômeno em disputa, a assistência aos moribundos não está apartada dos usos sociais que as diferentes classes dão ao corpo, conforme a tese de Boltanski (1979). Ou seja, passa pelo enfrentamento do controle social estatal sobre o tanatopoder, o que se verifica claramente na luta em torno da autonomia individual de dispor sobre o próprio corpo. Isto inclui os mais diversos casos, tanto o de Humbert (2003) que reclama para si o direito de morrer, quanto o de milhões de moribundos que reclamam pelo direito à assistência com cuidados paliativos em detrimento de tratamento obstinado.

Pode-se postular, portanto, que a assistência aos moribundos, quer sob a tutela direta do Estado, quer sob a tutela direta da empresa privada, estão contingenciadas pelas necessidades sociais criadas pela lógica mercantil da empresa médica, que aliena não só os meios de tratamento, mas cria a necessidade de serem consumidos. Assim, não é apenas o moribundo que foi privado de sua morte, criou-se mesmo uma indústria da morte interdita, materializada, sobretudo, nas políticas de assistência aos moribundos e nas ofertas de produtos e serviços, tanto no nível da assistência em vida quanto pós-morte.

Esse novo cenário vem ampliando o mercado de consumidores de produtos mórbidos, gerando alterações no repertório comportamental dos indivíduos, tornando-os cada vez mais viciados em produtos médicos e farmacológicos. Esse novo repertório inclui o descaso pelo diagnóstico clínico e a supervalorização dos exames laboratoriais, bem como a propagação da indústria de *home care* e aumento dos cursos técnicos de saúde, cuja repercussão moral direta é que a morte tem um preço, e a boa morte é mais cara ainda. Nas palavras de Illich (1975, p.9-10), isto significa que a empresa médica não está preocupada com a saúde *per si*, mas só enquanto objeto de consumo, culminando naquilo que Pessini & Barchifontaine (2005, p.380) nomearam de «eutanásia social».

Além disto, essa nova forma de controle social sobre como as pessoas morrem e lidam com a morte tem criado não só um hiato entre as habilidades sociais para lidar com a

morte, mas também a transferência dessas habilidades para os profissionais de saúde. São eles que hoje são cobrados para saber como se comportar perante a morte, falar em doação de órgãos, preparar o corpo para o funeral, anunciar a má-notícia, consolar a família, fazer a terapia para a superação do luto... E, acrescente-se: sem preparação para isto. É nesse sentido que a morte é expropriada, uma vez que deixa de pertencer ao moribundo e à sua família para pertencer à indústria da morte, caracterizada, sobretudo, como uma mercadoria capitalista desenvolvida.

Para a garantia desse consumo, o Estado neoliberal vem criando as novas políticas de assistência aos moribundos, em plena concordância com a diminuição na oferta de «salários indiretos» e a criação de mecanismos que dêem suporte ao capital financeiro e à indústria privada. Essas políticas estão assentadas, sobretudo, no modelo pós-fordista de produção, para o qual o Estado deve atuar, principalmente, na criação e concessão de novos direitos sociais, que passam pela transferência de renda e criação de crédito. Em poucas palavras: passa pela inclusão dos moribundos na sociedade de consumo.

5.2 A dignidade do moribundo na hora da morte: herança do controle social

Enquanto política pública de assistência aos moribundos, tais direitos, por serem interpretados como direito à saúde, foram compreendidos como fundamentais para o exercício da cidadania, conforme aparece no texto constitucional. No entanto, associados à noção de equidade, tal como a encontramos na lei n.8.080 de 1990, eles foram igualmente pensados por seus formuladores em termos de diferenciações entre pessoas, classes e grupos sociais. Isto porque, a equidade, por si, faz diferença entre pessoas, de acordo com o princípio «dar a cada qual de acordo com a sua necessidade», uma vez que o próprio formulador tomou como pressuposto, como defende Spink (2007, p.20), que as necessidades diferenciadas obrigam a atenção diferenciada:

(...) Tendo por base a epidemiologia, a gestão do SUS reconhece que, em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos, decorrentes das diferenças no modo de viver, de adoecer e ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Reconhece, portanto, o imperativo de tratar desigualmente os desiguais, com implicações importantes para a questão da demanda.

De acordo com essa argumentação, o direito à saúde, como direito fundamental, permanece atrelado às demandas que cada grupo ou indivíduo possa gerar, bem como ao seu poder de pressão sobre os implementadores. Em todo caso, há um processo de negociação política envolvendo o reconhecimento da demanda, a formulação e a implementação de políticas que visam a sua solução. Esse processo envolve tanto o mundo dos direitos (porque a sua base é jurídico-constitucional), quanto o das necessidades sociais (as pessoas precisam de cuidados especializados) e o das subjetividades (o desejo de ser atendido e ter as suas necessidades satisfeitas).

Ao lado disto, encontramos as determinações políticas e econômicas que os Estados singulares estão a seguir. Nesse sentido, os implementadores e gestores das políticas de saúde não visam a implementação dos direitos porque eles são meramente compreendidos como tais, mas porque há também outras demandas cuja solução é politicamente viável. Por isto, eles são também formas de expropriação da morte, produto das matrizes econômicas que embasam o sistema capitalista, como escreveu Marx (2001a, p.19):

Minha investigação desembocou no seguinte resultado: relações jurídicas, tais como formas de Estado, não podem ser compreendidas nem a partir de si mesmas, nem a partir do assim chamado desenvolvimento geral do espírito humano, mas, pelo contrário, elas se enraízam nas relações materiais de vida, cuja totalidade foi resumida por Hegel sob o nome de 'sociedade civil', seguindo os ingleses e franceses do século XVIII; mas que a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política.

Com base nessa última análise, pode-se dizer que tais direitos são exigências da nova ordem mundial. Isto porque, por um lado, ela impõe a expansão do consumo dentro de um modelo de sociedade cuja propriedade essencial é o questionamento às formas de

assistência estatizada ao moribundo²⁷⁷. Mas, por outro, não nega o papel intervencionista do Estado autoritário, sobretudo no âmbito da garantia dos contratos e da manutenção da ordem econômica. A síntese estratégica para atingir essa dupla exigência tem como forma simbólica o assujeitamento (dos indivíduos e das nações), que vem sendo realizado, como já denunciara Gramsci (2001, p.273), por meio da lógica do consumo:

A adaptação aos novos métodos de produção e de trabalho não pode ocorrer apenas através da coação social (...) a coerção deve ser sabiamente combinada com a persuasão e o consenso, e isto pode ser obtido, nas formas próprias de uma determinada sociedade, por meio de uma maior retribuição, que permita um determinado padrão de vida capaz de manter e reintegrar as forças desgastadas pelo novo tipo de esforço.

Lógica essa que, graças ao peso que é dado à individualidade, na forma do consumo individual, aparece como condição necessária para a garantia do respeito à dignidade humana do moribundo. Este já não é mais visto como alguém que pode se isentar da «taxa de produção», e sim, como um agente social que sabe o que é melhor para si, de modo que a sua dignidade não pode ser garantida sem levar em consideração essa realidade. O que tem as suas razões de ser.

Primeiro porque, como escreveu Boltanski (1979, p.13), o médico não «atua sobre uma peça sem vida», mas, interativamente, junto a outro ser humano²⁷⁸. Isto faz dessa interação, conforme Saunders (*apud* PESSINI, 2001, p.208), uma preocupação moral com a individualidade do outro: «Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos de tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte». Na mesma direção, Kovács (1992, p.188-203) tem preconizado o respeito às necessidades individuais

277 Em um certo sentido, conforme atestam Gonçalves (2003) e Salama (2005), essa nova ordem vem tornando sem efeito o discurso que prega a expansão de conquistas sociais, classificando-o como anacrônico, em descompasso com a nova estruturação do capital.

278 «Quando se trata de definir as características que diferenciam os médicos dos outros detentores de conhecimentos e técnicas específicas, como por exemplo, os engenheiros ou os técnicos, deve-se observar que a atividade dos médicos não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente que, diversamente do carro consertado pelo mecânico, não é um objeto inerte, mas pode saber-se doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo».

como prioritária na atenção ao moribundo. Seja porque deve ser ressaltado que o moribundo é um «ser doente e não uma doença» ou, como disse Pessini (2001, p.218), quem vê a *pessoa doente*, não vê a *doença da pessoa*²⁷⁹; seja porque, voltando a Kovács (1992, p.188-203), cada indivíduo, apesar de alguns traços em comum com os demais, tem uma história de vida, características de personalidade, uma inserção social e desejos que o acompanham até esse momento, que lhe são peculiares e o diferenciam dos demais.

Depois, o processo de adoecimento traz à vida do indivíduo profundas mudanças ligadas tanto à sua capacidade produtiva quanto ao ambiente familiar, de modo que o respeito à individualidade culmina no reconhecimento dessas novas necessidades. Pois, de acordo com Elias (1994), seria um paradoxo se na sociedade neoliberal onde prevalece o sentimento de individualidade, as políticas públicas de assistência aos moribundos fossem justamente privá-los deste. Seria um atentado contra a sua dignidade se na hora da morte ele fosse descaracterizado da pessoa que sempre foi. Ao que Pessini (2001, p.218-219) completa: que seu nome fosse substituído por «portador da moléstia x» ou «paciente do leito y», ou ainda, «o parente de fulano de tal»; que sua história de vida fosse esquecida, que seus desejos e vontades não fossem, na medida do possível, considerados. Desta forma, impedindo que ele fosse relegado à categoria de *mys*, de rato de esgoto, fazendo da sua morte uma *mystanásia*.

E, enfim, se for verdadeiro o que descreveu Marshal (1967, p.63)²⁸⁰ sobre a cumulatividade dos direitos, nenhum direito social, no caso a assistência integral à saúde, poderá privar o indivíduo de um direito civil, no caso a sua própria personalidade. Essa é, por exemplo, a base do pensamento de Möller (2007, p.94) para poder falar da dignidade humana associada à autonomia dos indivíduos perante as formas de morte:

279 Nas palavras de Pessini (2001, p.218): «O paradigma cuidar (*caring*) nos permite enfrentar realisticamente os limites de nossa mortalidade e do poder médico com uma atitude de serenidade. A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a *pessoa doente* do que com a *doença da pessoa*. Nesta perspectiva, o cuidado não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral que, segundo Callahan, deve sempre ser considerada prioritária».

280 Mesmo contrário a algumas casuísticas, como é o caso brasileiro.

(...) desenvolvemos inicialmente a idéia acerca da existência do direito dos pacientes terminais à morte com dignidade e autonomia, tendo-se em mente principalmente os pacientes capazes e conscientes. Posteriormente, analisamos as situações dos pacientes terminais inconscientes e dos incapazes, tais como crianças, enfermos mentais, pessoas em grave estado de dependência de drogas e depressivos severos. Buscamos verificar a possibilidade, através das chamadas diretrizes antecipadas ou de outras formas de manifestação da vontade, de o paciente inconsciente ou incapaz ter uma morte com dignidade e autonomia; bem como abordamos a forma pela qual deveria dar-se a tomada de decisão acerca do final da vida do paciente terminal na ausência de qualquer declaração sua quanto ao que preferia que fosse feito: qual o papel dos profissionais da saúde, da família ou outras pessoas próximas e dos comitês de ética hospitalares nesses casos?

Como também é a base da compilação feita por Duda (1987), sob a nomenclatura de «direitos dos moribundos», que procura atender tanto a preocupação da garantia da assistência quanto de que essa assistência não seja demasiadamente intrusiva. Assim, na perspectiva da dignidade humana como respeito à individualidade e autonomia dos moribundos, os «direitos dos moribundos» são uma forma simbólica de garantia à assistência paliativa contra a obstinação terapêutica, como aparece na proposta de Duda (1987, p.11):

- 1 - Eu tenho o direito de ser tratado como um ser humano vivo até a morte.
- 2 - Eu tenho o direito de manter a esperança qualquer que seja a circunstância.
- 3 - Eu tenho o direito de ser cuidado por aqueles que sempre mantêm a esperança.
- 4 - Eu tenho o direito de expressar os meus sentimentos e emoções a respeito de morte próxima à minha maneira.
- 5 - Eu tenho o direito de participar das decisões sobre o meu caso.
- 6 - Eu tenho o direito de merecer atenção continuada médica e de enfermagem, mesmo que o objetivo de 'cura' tenha sido mudado para o objetivo de 'conforto'.
- 7 - Eu tenho o direito de não morrer solitário.
- 8 - Eu tenho o direito de não sofrer dor.
- 9 - Eu tenho o direito de ter as minhas perguntas respondidas com honestidade.
- 10 - Eu tenho o direito de não ser enganado.
- 11- Eu tenho o direito de receber ajuda de e para a minha família na aceitação de minha morte.
- 12 - Eu tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.
- 13 - Eu tenho o direito de reter a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões, as quais podem ser contrárias às crenças de outros.
- 14 - Eu tenho o direito de discutir e de ampliar as minhas experiências religiosas e/ou espirituais, a despeito do que elas possam significar para os outros.
- 15 - Eu tenho o direito de esperar que a santidade do corpo humano seja respeitado após a morte.
- 16 - Eu tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, carinhosas e inteligentes que tentarão compreender as minhas necessidades e que serão capazes de derivar

alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a morte.

No entanto, dentro dessa mesma lógica do consumo, a individualidade é, antes de tudo, uma mercadoria capitalista, pois, como escreveram Marx & Engels (2001d, 3), a burguesia reduziu a dignidade pessoal ao simples valor de troca. A única liberdade que ela reconhece é a do comércio e o único laço de união entre os homens é o do interesse nu e cru, o frio dinheiro vivo. A base de uma sociedade capitalista, de acordo com Engels (2005, p. 188), é a exploração de uma classe por outra. Ou, mais especificamente, de acordo com Marx & Engels (2001d, p.7), as leis, a moral, a religião são «(...) meros preconceitos burgueses, por intermédio dos quais se camuflam outros tantos interesses burgueses». Nesse sentido, a lógica da individualidade que assegura os direitos dos moribundos como garantidores da dignidade humana, se torna um problema. Como ela pode satisfazer a condição do respeito à dignidade humana e ser ao mesmo tempo uma mercadoria capitalista?

Como resolvê-lo?

Uma das estratégias para a solução desse problema, criada pelo próprio capitalismo, foi a de alterar o repertório de significados que as pessoas têm quando proferem dignidade humana. Trata-se de uma mudança nos significados dos termos mais utilizados para criticar o próprio capitalismo. Como diria Vanderveken (2005), muda-se o «conjunto das circunstâncias» nos quais os antigos significados faziam sentido, obrigando-nos a adotar novos significados: uma nova compreensão proposicional do que se usa como dignidade humana. O que é uma estratégia, ao mesmo tempo, linguística e política, porque é a criação de uma nova definição de cidadania à qual os indivíduos devem se assujeitar. Com isto, a expropriação da morte na forma da medicalização social, seja hospitalizada ou não, sofreu uma virada conceitual e vem sendo tratada, desde então, como um bem de consumo. Uma conquista da cidadania do moribundo.

Essa virada conceitual é um golpe do capitalismo que se solidifica quando consegue reunir em uma só realidade linguística a dimensão dos direitos sociais e a dimensão do consumo. O que tem ocorrido com as formas de assistência aos moribundos, por meio da

positivação de direitos e da redefinição do conceito de cidadania. Pois, apesar de ter resolvido alguns problemas históricos, aquela que Santos (1979, p.68-75) chamou de «cidadania regulada», baseada em uma idéia aristocrática de justiça²⁸¹, parece não atender mais às exigências e práticas de algumas questões políticas contemporâneas.

Uma delas é justamente essa: como as políticas sociais podem continuar funcionando como regulação estatal dos conflitos gerados pelos modos de produção e acumulação capitalistas em uma sociedade de consumo? Isto aparece, por exemplo, em duas questões políticas atuais: o combate à fome e à miséria e a garantia da assistência aos moribundos.

A primeira, *en passant*, parece estar baseada na definição de «justiça redistributiva» sem base na contributividade, típica da «cidadania regulada». Uma justiça praticada com base nas necessidades sociais, que aparece na fórmula de Perelman (1996, p. 9-10) como «dar a cada qual a mesma coisa de acordo com as suas necessidades». Esse tipo de justiça me parece focalizar um universo sem discriminação interna, ou como escreveu Perelman (1996, p.41), focalizar a mesma «categoria essencial» como um todo.

A segunda diz respeito às formas de assistência social aos moribundos, como uma positivação de direitos sociais. Nesse sentido, a proteção à cidadania tem sido feita por meio da concessão ou transferência de renda, de forma direta, como as aposentadorias, concessão de benefícios e auxílio funeral, além de indenizações. E, indireta, por meio da isenção ou abono fiscal aos moribundos, tais como isenção de IPI e IR²⁸², para que eles possam contratar os serviços da indústria da morte. O que vem mudando o cenário das intervenções assistenciais à medida que as sociedades vão se industrializando e se tornando cada vez mais burguesas.

281 Em sendo verdadeira a proposição proferida por Gomes (2001, p.20), de que é a partir de uma determinada definição de justiça e de outros valores que uma política será ou não aprovada, os direitos sociais dos moribundos se assentam sobre uma definição burguesa de justiça. A saber, a de que o Estado deve distribuir seus bens de acordo com a posição que cada um ocupa na sociedade, dependendo das obras que ele tem produzido, ao que Perelman (1996, p.27) chamou de «justiça aristocrática».

282 IPI e IR significam, respectivamente, Imposto sobre Produtos Industrializados e Imposto de Renda.

Em ambos os casos, a definição de cidadania que os fundamenta parece voltar a Hobbes (2004), para o qual os cidadãos existem à medida em que se conformam uns aos outros e são capazes de estabelecer relações de solidariedade para garantir a vida, a liberdade e a igualdade perante as leis. Digo *parece* porque, apesar da universalização da cidadania que subsume essas políticas, ela não se atrela à noção de Estado-nação, tão importante para Hobbes, mas continua presa, tal como a idéia de cidadania regulada, ao processo de produção ou acumulação do capital. Seja como mão-de-obra, seja, mais recentemente, como consumidor, tais políticas têm criado um significado para a definição de cidadania que se realiza por meio da materialização do consumo ou da capacidade que o indivíduo tem para mobilizar crédito ao seu favor, na forma de um direito social.

No entanto, a positivação de direitos como estratégia de controle social sobre a população não é uma novidade. Ela tem sido uma das formas mais clássicas de intervenção do Estado sobre a vida das pessoas, funcionando como um híbrido entre as conquistas sociais e a imposição do capital. Isto explica porque os direitos sociais não são apenas a conquista de algumas reivindicações históricas da classe trabalhadora, como defendera Titmus (1968); ou da passagem das sociedades rurais às industriais, como quis Rimlinger (1977). Mas, igual e paradoxalmente, como fenômeno inerente ao próprio capitalismo, são formas simbólicas do controle social exercido pelo Estado autoritário. Ou, pelo menos, têm desempenhado função ideológica para manutenção do *status quo* dessa forma Estado na nossa sociedade, produzindo o deslocamento das lutas sociais para o âmbito do mundo do direito²⁸³. Isso faz da própria noção de direito social uma forma simbólica usada como meio de atenuação das desigualdades sociais por meio das instituições. Ou seja, ele é um produto social e, como tal

283 Sabe-se que não é de hoje que o aparelho jurídico burocrático do Estado tornou-se o palco das contendas sociais. É da própria natureza do Estado autoritário, na ótica de Horkheimer (1980), trazer para si o controle de todas as questões sociais e dos conflitos de classe. Assim, direitos sociais podem ser inicialmente percebidos como uma prática comum do intervencionismo dessa forma Estado. O que, com base no que Silva (2000, p.6) defendeu, decorrem «(...) da funcionalidade de determinadas formas simbólicas em relação à manutenção ou ao estabelecimento de alguma estrutura de dominação». Almeida (1975, p.55) também chamou a atenção para essa intervenção estatal, aqui mesmo, no Brasil. Para ela, já na década de trinta do Estado novo, o aparato estatal deslocava as questões trabalhistas do *locus natural* – a empresa, para o âmbito da justiça do trabalho.

está, como diria Engels (2005, p.181), enredado em uma «(...) irremediável contradição social que está dividida em oposições inconciliáveis de que não é capaz de se livrar».

Nesse sentido, as mediações jurídicas, como atestaram Dray (1999) e Rocha (1985), têm sido evocadas para cumprir uma nova função: a manutenção da igualdade material, ou aquilo que Rocha (1985, p.101) chamou de «igualação». Uma das explicações para esse fenômeno foi dada por Piovesan (1998, p.130). Para ela, a antiga definição liberal que compreendia o homem como uma abstração cedeu lugar a outra, que o compreende como uma especificidade: como consumidor, como pai de família, como negro, como portador de necessidades especiais, como moribundo, etc. Trata-se de uma fase na qual as pessoas são compreendidas a partir da realidade sócio-econômica que estão ou que precisam ser inseridas. Assim, as mediações jurídicas têm se tornado palco de disputas nas quais o real interesse tem sido o estabelecimento de uma economia de mercado.

Sabe-se, contudo, que não é de hoje que o mercado se apresenta como o espaço privilegiado para o exercício da dignidade humana, fundamentada na noção de individualidade e garantia de direitos. Conforme Gonçalves (2003, p.41), desde a ideologia liberal do século XVIII que há uma tendência fetichista da dignidade humana calcada nas relações mercantis²⁸⁴. A própria fundamentação jurídica do processo de transformação do usuário em consumidor não decorre imediatamente de lutas sociais. Ela é, conforme Marx (2001a), decorrente da reestruturação produtiva do capital, pois, são as relações econômicas que determinam dialeticamente os conceitos e as formulações jurídicas. Nesse sentido, os direitos sociais dos moribundos continuam subsumidos sob a lógica do direito burguês, cuja definição de justiça, de acordo com Marx (2001a, p.21-22), está assentada na noção de igualdade, ou na de correção das desigualdades – uma mera abstração das pessoas reais.

Ainda de acordo com Marx (2001a, p.10), como os objetos de consumo são o

284 A tese de Gonçalves (2003) tem base nas teses de Marx & Engels (2001, p.53) para as quais termos como dignidade, liberdade, direito e cultura, entre outros, no discurso capitalista, são idéias burguesas produzidas pela relação de produção e de propriedade, o que não as torna incompatíveis com a lógica mercantil, mas, ao contrário, são por ela reforçadas.

resultado da distribuição das condições de produção, não é possível apartar a transformação paradigmática ocorrida no âmbito dessa garantia dos direitos sociais dos modos contemporâneos de produção. Tal modo, nos dias de hoje, é aquele baseado na lucratividade dos proprietários do capital cuja forma mais concreta, como lembra Chesnais (1998), é o predomínio do capital financeiro, seja na forma da especulação, seja na forma do crédito. O que pode significar que a criação de mercados e consumidores é tanto a alienação da propriedade privada, quanto a alienação da vida privada, nas palavras de Engels (2005, p. 178-179).

Alienação esta em que as pessoas passaram a ter uma hipoteca, a fundo perdido, pelo simples fato de pertencer a alguma «categoria essencial», nas palavras de Perelman (1996, p.41-50), ou a determinadas «desigualdades artificiais», nas palavras de Dray (1999, p. 52). E isto não é tudo. Para Marx & Engels (2001d, p.3), como a «(...) burguesia rasgou o véu de emoção e de sentimentalidade das relações familiares e reduziu-as a mera relação monetária», cada qual passa a valer aquilo que produz e consome. E, como o moribundo não pode mais ser encarado como produtor, pois, é uma máquina parada, só lhe resta como última dignidade consumir.

O processo que culminou na transformação do usuário em consumidor é um fenômeno cheio de determinações contraditórias, o que permite que ele seja interpretado de múltiplas formas. Uma dessas interpretações, a minha, toma por base as idéias apresentadas por Illich (1975, p.9), que associa a criação do «consumidor de cuidados da medicina» a uma «estrutura social e política destruidora», que por sua vez, apresenta «(...) como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar».

Dentro dessa abordagem, ser portador de direitos para realizar-se como consumidor, pela via do assujeitamento ao consumo individual e acesso à renda ou crédito, é a forma que o capitalismo encontrou para dizer resolvida a aporia de ser, ao mesmo tempo, um sistema que atenta contra a dignidade humana e vender-se como humanitário. Essa estratégia é uma sacada ideológica do capitalismo contemporâneo para lucrar com o novo mercado aberto

pela medicalização da morte. A ela tem aderido não só os supostos beneficiários, mas vários integrantes da classe pensante, gestores e implementadores de políticas e programas sociais.

Essa solução é, no entanto, a própria eliminação de parte da oferta dos serviços públicos como salários indiretos. Os direitos sociais dos moribundos não são, como tipificou Marshal (1967), a supressão dos outros direitos, mas a legitimação de uma forma de Estado, que transforma as suas obrigações em mercadorias disponíveis aos consumidores. Disto decorre a proposição de que, apesar de tais direitos constituírem uma resposta às reivindicações populares, a forma como eles têm sido formulados e implementados pelo Estado autoritário brasileiro mostra que funcionam como dispositivos de poder. Mais especificamente, como formas de assujeitamento dos indivíduos à lógica mercantil contemporânea, conformando-os disciplinadamente à nova habilidade social mórbida: consumir sua própria assistência. O que envolve, por um lado o próprio moribundo, o Estado autoritário e a família burguesa contemporânea, e, por outro, os capitais em concorrência: empresa médica, planos e seguradoras de saúde e a indústria farmacêutica.

Nessa lógica, são colocados à disposição do moribundo e seus familiares os mais diversos produtos e serviços a serem consumidos, dizendo-se que assim estariam respeitando a sua autonomia e vontade. Aqui, a dignidade humana tem sido concebida como a liberdade para o exercício da autonomia individual, bem como a garantia de que essa autonomia será respeitada²⁸⁵. A tese de Möller (2007, p.99) pode ilustrar essa definição:

A idéia de morte digna e com autonomia parece respeitar o pluralismo moral, a diversidade de crenças e visões de vida boa, pois reconhece a existência de diferentes entendimentos acerca do que seja morrer dignamente. Nosso posicionamento acerca da morte e da melhor atitude perante ela costuma ser influenciado ou determinado em função da comunidade ou ambiente cultural do

285 No Canadá, por exemplo, a lei n.145 criou, em 1990, a figura do «curador público», como forma jurídica de garantir essa autonomia. O texto canadense tipifica o «curador público» como uma pessoa designada livremente por qualquer cidadão que disponha de capacidade jurídica, ratificado perante o registro público e homologado judicialmente, com poderes para representá-la em determinadas circunstâncias e dentro dos limites propostos pelo concedente. Tal curadoria pode ser revogada a qualquer momento, de acordo com os mesmos procedimentos formais. Dentre os poderes que o curador pode representar destaca-se a delegação de consentimento de cuidados médicos.

qual fazemos parte; ou ainda, em função de nossos valores individuais, não claramente identificáveis com uma determinada visão moral coletiva. Essa definição do que seja morte digna e atitude digna perante a morte (se é mais digno e honrado lutar ao máximo pela vida, buscando prolongar o final de vida ao extremo, ou, ao contrário, se é para nós mais importante e digno não prolongar o processo de morrer, aceitando a morte iminente e buscando uma morte serena, sem dor e sofrimento) deve ser respeitada pelos profissionais de saúde, pelos familiares, pelo Estado e pelos indivíduos em geral. O respeito à liberdade e à autonomia do ser humano exige uma atitude tolerante frente à diversidade.

Trata-se, evidentemente, de uma definição burguesa da dignidade humana, forjada a partir da definição jusnaturalista do direito e materializada a partir de quatro declarações fundamentais: a *Declaração de Direitos da Virgínia*, a *Declaração de Independência*, a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* e a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. As duas primeiras, americanas, datam de 1776; a segunda, francesa, data de 1789, e a terceira, das Nações Unidas, data de 1948. A *Declaração de Direitos da Virgínia*, em seu artigo I, reza que todos os seres humanos são, por natureza, livres e iguais. E, no seu artigo II, que o poder emana do povo e a ele pertence, de modo que o governo é limitado por essa natureza democrática. Duas semanas depois, a *Declaração de Independência* disse praticamente o mesmo, assegurando que a vida, a liberdade e a busca pela felicidade são direitos inalienáveis de qualquer cidadão americano. Por sua vez, a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, amplia as propriedades cívicas de ser americano à condição de ser humano, afirmando que os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos (art. I), limitando o poder de toda e qualquer associação política à conservação desses direitos (art. II). É nesse espírito que a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, no seu preâmbulo, atribui à dignidade humana a qualidade de ser inerente «(...) a todos os membros da família humana». Retomado no seu art. I, quando diz que «todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade», isto procura associar dignidade humana à inexistência de discriminação ou alienação dos direitos burgueses fundamentais, inclusive como fundamentos universais da paz e da liberdade.

Nessa mesma direção, em 1966 foi firmado entre 130, incluindo o Brasil, países o *Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos* que reconhece os valores da liberdade e da igualdade como valores inerentes à condição humana. Para esse documento, reconhecer a dignidade humana é o fundamento para a liberdade, paz e justiça no mundo. No tocante ao reconhecimento de direitos atribuídos aos moribundos, destaca-se o seu artigo 7º que proíbe o ato de submeter alguém, sem seu livre consentimento, a experimentos médicos ou científicos.

Esta proibição já tinha sido apresentada pelo *Código de Nuremberg*, de 1947, quando estabeleceu que o consentimento voluntário deve ser considerado como absolutamente indispensável para a pesquisa ou procedimentos clínicos invasivos; pela *Declaração de Helsinki*, da *World Medical Association*, em 1964, atualizados posteriormente em 2000, que estabelece o princípio de não-maleficência como um direito do paciente; pelo *National Institute of Health* de Maryland/EUA, quando proibiu, em 1953, as pesquisas de Bethesda porque não foram aprovadas previamente por comitês de ética que deveriam ter investigado o consentimento informado dos participantes; pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, em parceria com a WHO, em 1982 (revisto em 1993), quando elaborou o documento *Proposta de diretrizes internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos*, já sob o espírito das declarações de Bioética; pela *Food and Drug Administration* (FDA), em 1987, quando elaborou o *Good Clinical Practice*; bem como pelo relatório anual da WHO, intitulado *The World Health Report 1997 – Conquering suffering, enriching humanity*, de 1997, que apontava para ações médicas e humanitárias que visassem não só a cura, mas também cuidados paliativos:

(...) inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que isso aconteça de uma forma digna, cuidadosa e menos dolorosa possível merece tanta prioridade quanto qualquer outra. Essa é uma prioridade não somente para a profissão médica, para o setor de saúde ou para os serviços sociais, mas para toda a sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, p.8)

A dignidade humana como o respeito à autonomia individual passa a ser, portanto, o conceito dominante e o fundamento de todos os outros documentos que visam proteger os

moribundos²⁸⁶. Ele se torna a base das chamadas liberdades ou garantias individuais, ou ainda, direitos civis. E, os documentos que nele se apóiam descrevem que o respeito à essa dignidade fica comprometido se ao moribundo ou à sua família forem interdidas informações verdadeiras acerca de diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento ou do cuidado, bem como informações circunstanciadas à família²⁸⁷. Como preconiza Guerra (2003), o direito à informação passa a ser a pré-condição para a garantia de autonomia do moribundo, que deve ser protegido em sua vulnerabilidade e precisa movimentar o sistema jurídico a seu favor para poder gozar dos direitos que lhe competem.

Nesse sentido, em primeiro lugar, os direitos sociais dos moribundos se assentam sobre a lógica dos direitos civis e políticos, cuja questão central é a garantia de autonomia da vontade do moribundo ou da sua família sobre os procedimentos clínicos e as formas de morte moralmente desejáveis. Em segundo lugar, assentam-se sobre a lógica dos direitos sociais contemporâneos, cujo principal propósito sócio-político-econômico tem sido o da inserção social dos grupos outrora excluídos na sociedade de consumo.

Esses dois aspectos me permitem postular que os direitos sociais dos moribundos são estratégias de tanatopoder exercidas pelo Estado para atender às novas necessidades do mercado, bem como são conquistas das lutas sociais dos moribundos. Principalmente, porque nos últimos anos, tem se revelado uma crescente preocupação social com a dignidade humana do moribundo, materializada, sobretudo, na questão da qualidade do fim da vida. Essa preocupação vai ao encontro dos produtos ofertados pela indústria da morte, reforçando alguns paradigmas comportamentais, que passam a ser titulados na qualidade de modelos e, conseqüentemente, de anseios consumistas. O Estado, ao elaborar tais direitos, faz a mediação

286 O próprio direito penal, onde ele tem existido, procura proteger a integridade física inclusive das pessoas vulneráveis ou em estado de vulnerabilidade. Por isso, Bittar (1991) e Harichaux (1995) falam de proteção do homem doente, na forma de responsabilidade médica ou na de «direitos corporais» [*droits corporales*], quando esse se encontra, principalmente sob a égide do Estado, hospitalizado.

287 É claro que existem exceções, conforme prevê o Protocolo de Buckman e o artigo 59 do *Código de Ética Médica* (BRASIL, 1988), associadas à percepção do médico, quando ele sabe que a informação pode trazer algum dano ao paciente. Nesses casos, a informação deve ser comunicada aos seus familiares ou responsáveis legais para que possam tomar as medidas e atitudes que melhor lhes convierem dentro dos princípios morais e jurídicos.

entre essas necessidades e esses produtos, assim, embora possa-se dizer que se trata de uma conquista supressumida pelo próprio Estado, porque visa a atender os interesses da indústria da morte, não deixa de ser uma conquista.

5.3 A dignidade humana através da lógica da escolha: autonomia do sujeito

Antes da existência da forma simbólica dos direitos sociais dos moribundos, o Estado autoritário já exercia o controle sobre o tanatopoder por meio do aparelho jurídico na forma da concessão de direitos e garantias aos moribundos. Tais direitos e garantias já apareceram em pesquisas e publicações de diversos lugares, dentre as quais destaco as de Basaglia (1971), Duda (1987), Humbert (2003) e Möller (2007). Essas pesquisas versam, entre outras questões, tanto sobre o controle social estatal quanto sobre a dignidade humana na hora da morte ou, mesmo, diante do acometimento de uma doença incurável. Nelas, o moribundo é compreendido como uma pessoa que tem vontades e desejos, bem como orientações e ensinamentos a deixar para os seus entes queridos. E, se a forma material de expressar esse direito foi, predominantemente até o século XVIII o testamento²⁸⁸, ela vem sendo substituída pelas «ordens antecipadas» [*advance directives*].

Essa substituição está entrelaçada às lutas sociais que vêm sendo travadas pelos moribundos tanto em favor da assistência à saúde na hora da morte, quanto à manutenção da

288 O testamento era, de acordo com Ariès (2003, p.69), um ato de direito privado, tanto para transmitir uma herança quanto para afirmar pensamentos e convicções, de modo que «(...) o testador forçava a vontade dos que o cercavam, o que significava que, de outro modo, temeria não ser escutado nem obedecido». Ele pode ser dividido em duas fases, tendo como marco divisório o século XVIII. Até a primeira metade desse século, o testamento era mais completo e continha instruções sobre as escolhas das sepulturas, as cláusulas piedosas, as rezas de missas, a administração de serviços religiosos e a doação de esmolas. Depois disto, como escreveu Ariès (2003, p.69-70) os testamentos viraram um instrumento legal de distribuição de fortunas.

Não importa se essa mudança é produto de uma descristianização da sociedade, como deseja Vovelle (1991), ou de uma separação de vontades, como deseja Ariès (2003, p.70), o fato é que, mesmo após a sua laicização, o testamento continuou sendo um instrumento legal de reconhecimento da vontade do morto. Ele manteve o reconhecimento de uma vontade *post-mortem* e ampliou essa vontade para além do texto escrito. O leito do moribundo, seja em casa, seja em um hospital, recebeu uma conotação jurídica, um tribunal no qual era firmado um pacto de afeição e complacência. Pacto esse, que percebemos, ainda hoje, em casos como o de Terri e seu marido.

sua dignidade, naquilo que tem sido conhecido como «direito de morrer» [*right-to-die*]. Pois, apesar da luta histórica de Humbert (2003), as políticas públicas voltadas para o moribundo não reconheceram a eutanásia ou o suicídio assistido, como estava preconizada no «*le droit de mourir*». Elas se assentam sobre outra base, a de suspensão ou não intervenção, que os ingleses e americanos conhecem como «*right-to-die*». Poucos foram os países que criaram, até então, políticas públicas voltadas para os moribundos fundamentadas sobre «*le droit de mourir*», tais como a Holanda e a Bélgica; a grande maioria segue o «*right-to-die*», que opta pela ortotanásia como meio-termo entre a distanásia e a eutanásia.

Tais lutas nos remetem à criação da *Dignitas*, bem como à *The Voluntary Euthanasia Society* (VES), em 1974 – substituída posteriormente, em 1980, pela *Ensuring Choices for a Dignified Death* (EXIT) – que em 1984 reuniu mais de 26 associações²⁸⁹ mundo a fora, sob a bandeira da luta pelo «direito de morrer com dignidade»²⁹⁰. E, nos remetem

289 A 5ª Conferência Internacional da *World Federation of Right to Die Societies*, aconteceu na França em 1984. Nessa época foram reunidas mais de 26 associações com mais de 500 mil associados, muitos dos quais, como atestaram Pessini & Barchifontaine (2005, p.380), preocupados com a própria condição existencial: «(...) homens e mulheres que muitas vezes ultrapassara os 50 ou 60 anos e não desejava envelhecer e sobreviver sem condições que consideram, com ou sem razão, intoleráveis. Além disso, boa parte de seus membros já sofreu muito e suportou corajosamente uma vida difícil, mas recusa-se a ultrapassar um certo limiar de sofrimento e degradação». Atualmente congrega 40 instituições em 23 países.

290 A EXIT está presente em vários lugares do mundo. Nos países europeus tais como: Bélgica, por meio da *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (ADMD) e pela *Recht op Waarding Sterven* (RWS.). Na Finlândia, por meio da *Exitus RY* e da *Pro Grata Humana*. Na França, por meio da *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (ADMD). Na Alemanha, por meio da *Deutsche Gesellschaft für Humane Sterben E.V* (DGHS). Em Luxemburgo, por meio da *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (AMDM-L). Na Holanda, por meio da *Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* (NVVE). Na Noruega, por meio da *Landsforeningen Mitt Livstestament* e pela *Derecho A Morir Dignamente* (DMD). No Reino Unido, por meio da *Voluntary Euthanasia Society of England & Wales* (VES.). Na Espanha, por meio da *Derecho a Morir Dignamente* (DMD). Na Suécia, por meio da *Ratten Till Var Dod* (RTVD.). Na Suíça, por meio da *EXIT - A.D.M.D. Suisse Romande*, da *EXIT Vereinigung Humanes Sterbene* por meio da *EXIT A.D.M.D. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité*.

Nos países asiáticos, tais como: Israel, por meio da *LILAC The Israel Society to Live and Die with Dignity* e da *The Israel Society for the Right to Die with Dignity*. Na Índia, por meio da *Society for the Right to Die with Dignity*. No Japão, por meio da *Society for Dying with Dignity*.

Nos países africanos, tais como: África do Sul, por meio da *SAVES The Living Will Society*

Nos países da Oceania, na Austrália, por meio da *Voluntary Euthanasia Society of New South Wales*, da *West Australia Voluntary Euthanasia Society*, da *Voluntary Euthanasia Society of Queensland*, da *South Australian Voluntary Euthanasia Society*, da *Voluntary Euthanasia Society of Victoria* e da *Voluntary Euthanasia Society Tasmania*. Na Nova Zelândia, por meio da *Voluntary Euthanasia Society INC*.

também ao encontro das práticas assistenciais geradas a partir da desospitalização, tais como os cuidados domiciliares, os *hospices* ou as enfermarias especializadas em cuidados paliativos.

Mas, em quais casos o fenômeno da desospitalização e dos cuidados domiciliares estão sendo aceitos como direito e salvaguarda da dignidade dos moribundos na hora da morte? Na apresentação dada por Singer & Bowman (2002), tais políticas só fazem sentido quando estão associadas aos cuidados paliativos, que por sua vez têm por natureza assegurar a qualidade da assistência no fim da vida. Logo, elas se aplicam aos casos em que essa qualidade se constitui um problema, ou seja, quando se trata da existência de doenças crônicas em diferentes fases de evolução, bem como na possibilidade da morte por evolução natural de um processo de adoecer, que pode se arrastar por anos. Excluem dessa possibilidade a morte súbita, seja ela resultante de doença ou acidente.

Coerente com essa tese é a Resolução do CFM n.1.085, de 2006, que preconiza a suspensão do prolongamento da morte somente nas situações em que esta é irreversível e a qualidade do fim da vida está comprometida. Nesses casos, e somente nesses, moribundo e familiares são convidados a decidir sobre a forma de assistência à terminalidade, incluindo aí a assistência domiciliar. Pois, mesmos em países onde é comum as pessoas morrerem em hospitais, como nos EUA, quando perguntadas, a maioria delas manifestou o desejo pela «morte domiciliar»²⁹¹.

Nem sempre é possível associar cuidados paliativos e «morte domiciliar». Há casos em que o moribundo necessita de cuidados especializados, mesmo os paliativos, cuja estrutura demanda recursos humanos e financeiros que a família, na maioria das vezes, não

Em países americanos, tais como o Canadá, por meio da *Dying with Dignity* e da *Choices in Dying*. Nos EUA, por meio da *Compassion in Dying Federation*, da *Euthanasia Research and Guidance Organization*, da *Hemlock Society USA* e da *Death with Dignity Education Center*.

Em países latinoamericanos, tais como a Colômbia, por meio da *Fundacion pro Derecho a Morir Dignamente*. E na Venezuela, por meio da *Derecho a Morir com Dignidad - Venezuelan Association Right Die with Dignity*

291 Conforme pesquisa realizada pela *Gallup Organization* em 1996 (EDUCATION FOR PHYSICIAN ON END OF LIFE CARE, 1999), 90% dos americanos desejavam morrer em casa, embora cerca de 80% deles tenham morrido em instituições hospitalares.

possui ou não está disposta a gastar. Nesses casos, de acordo com Maciel (2007b, p.3), essa conjuntura deve ser respeitada:

A morte deve acontecer no Hospital sempre que sintomas inerentes à doença ou ao processo de morte possam desencadear situações de grande stress para o paciente e para quem o acompanha, nas situações de recusa do paciente e da família em permanecer no domicílio por motivos pessoais ou pela ausência de um cuidador responsável, emocionalmente equilibrado, que proporcione segurança ao doente de receber cuidados adequados.

A «morte domiciliar», dentro da política neoliberal de cuidados paliativos da WHO (2004), não pode ser assumida como um fardo para as famílias, mas como resultado de um encontro de vontades e de possibilidades do moribundo, sua família e a equipe de profissionais da saúde. Ela é para ser uma morte mais tranqüila do que aquela que habitualmente acontece no hospital, quando o moribundo se encontra em UTI ou em enfermaria não especializada. Em certo sentido, ela foi descrita mais aos moldes da «morte domada», de Ariès (2003, p.27-35), do que a «morte domiciliar» realmente existente, conforme encontramos em Neves (2004): um fenômeno rico em contradições. Idealmente, ela foi projetada como a morte norteada pelos desejos do doente e de sua família, compartilhada com todas as pessoas escolhidas pela família, livre de intervenções desnecessárias. Nessa situação ideal, os aspectos psíquicos associados ao processo morte-morrer se tornam mais destacados que os aspectos técnicos, especialmente aqueles associados à distanásia.

Towsend *et al.* (1990, p.417) já haviam concluído, em uma pesquisa realizada no Reino Unido, que 58% dos moribundos entrevistados, todos portadores de câncer em estado avançado e sem recursos terapêuticos para cura, elegeram o domicílio como o local mais adequado para receber os cuidados até o fim da vida. Para esses autores, morrer na própria casa é um desejo comum entre moribundos que são acompanhados pelos programas de cuidados paliativos, desde que não lhes sejam suprimidas as condições para controle da dor e do sofrimento. Collucci (2005b) traz algumas falas de paliativistas e moribundos brasileiros que parecem concordar com a opinião dos britânicos:

«Deixar o paciente em uma UTI, longe da família, só aumenta o sofrimento», diz a médica Maria Goretti Maciel. Ela afirma que, quando bem informadas sobre o trabalho, as famílias dos doentes irrecuperáveis o aceitam. Ivone Oliveira Ramos, 57, é um exemplo. Sua mãe, Elze, 91, tem câncer nos ossos e mal de Alzheimer e, há cinco anos, é atendida pela equipe de cuidados paliativos do Hospital do Servidor. Nesse período, sempre que teve complicações da doença - trombose e infecção urinária, por exemplo - foi internada na enfermaria do hospital e, quando se recuperou das intercorrências, voltou para casa. Uma vez por mês, um médico da equipe a visita. Sempre que a família tem alguma dúvida sobre o tratamento, telefona para o hospital. «Isso nos dá segurança de mantê-la em casa. Não queremos vê-la em uma UTI. Ela entra em desespero quando não há uma pessoa conhecida por perto», diz a filha. Ivone afirma ter uma amiga cuja mãe enfrenta problemas parecidos ao da sua. A diferença é que a família já a internou diversas vezes na UTI. «Cada vez que ela sai [da unidade de terapia intensiva], chega em casa pior, cheia de hematomas porque se debate muito», disse Ivone.

Os moribundos querem a morte assistida, seja em casa ou não, pois, o que eles temem é a mistanásia, ou como diria madame Montespan: morrer só. É nesse sentido que a «morte domiciliar» pode ser assumida como um direito, conforme a síntese organizada por Doyle & Jeffrey (2000). Um direito de escolha do moribundo e sua família, o que leva Gallardo *et al* (2002, p.3-5) a dizerem que o moribundo é mais agradecido quando essa assistência é prestada em casa, como se ela fosse resultado direto de uma vontade que sempre esteve ali, guardada, esperando a oportunidade para se manifestar. Maciel (2004a) corrobora essa idéia, reforçando-a por meio das falas dos próprios moribundos, colhidas a partir de sua assistência, como médica que pratica cuidados paliativos, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar. No entanto, não se pode esquecer que esse direito faz parte do novo repertório comportamental criado a partir dos programas de assujeitamento das políticas neoliberais, pois, como uma das manifestações da forma de morte mercantilizada, a «morte domiciliar» não pode ser interpretada apartada desse contexto.

Trata-se de um fenômeno comum típico das políticas neoliberais que impõem a desospitalização e os cuidados domiciliares como principais estratégias políticas para a assistência à saúde. Esse fenômeno comporta várias dificuldades, o que torna tanto a sua aceitação quanto a sua implementação um desafio para os gestores, os familiares e os próprios

moribundos. Essas dificuldades podem ser de várias ordens. Maciel (2004a, p.1) chama atenção para as dificuldades técnicas que exigem novas habilidades profissionais para lidar com a «morte domiciliar»:

(...) No entanto, está longe de ser uma tarefa simples. Exige dos profissionais compromisso e disponibilidade, desapego de aparatos tecnológicos aos quais estão acostumados no hospital, responsabilidade e conhecimento transdisciplinar, pois, nem sempre se conta com todos os profissionais ao mesmo tempo e as decisões têm que ser rápidas e precisas.

Soma-se a essa, outra mais afetiva, pois, o próprio processo e a amplitude da doença, bem como a história natural de cada uma delas e o modo como cada moribundo reage à dor e ao sofrimento torna-a de mais fácil ou difícil aceitação. Considera-se também que cada moribundo tem uma história singular de convivência com os seus cuidadores e familiares, fazendo com que, nem sempre eles sejam bem vindos em casa. Assim, a convivência com a proximidade da morte por parte do moribundo e a convivência com este por parte dos profissionais e familiares podem ter muitos significados. Esses, por sua vez, são multiplicados a cada vez que o tempo de vida se prolonga, o que pode gerar os mais diversos sentimentos, nem sempre favoráveis à convivência e ao tratamento. Em razão disto Maciel (2004a) escreveu que essa assistência deve ser interativa e prestada por pessoal qualificado:

(...) é fundamental o trabalho de uma equipe de Cuidados Paliativos atenta a possíveis intercorrências no curso dos últimos dias de vida. Esta equipe deve estar preparada para assistir ao binômio paciente-família em tempo integral e em diversos aspectos da existência humana: físico, psicológico, espiritual e social (MACIEL, 2004a, p.1).

Além de dificuldades técnicas e afetivas, há também outras de ordem moral. Estas estão associadas à própria conjuntura na qual tais cuidados devem ser inseridos, pois, a desospitalização e os cuidados domiciliares, *per si*, não satisfazem as condições de manutenção da dignidade humana do moribundo. É necessário um conjunto de ações assistenciais no qual tais cuidados sejam inseridos como assistência diferenciada, onde haja interação entre a equipe profissional, a família e o moribundo, mantidas as individualidades e

a emancipação do moribundo. No entanto, duvida-se se essa base moral é algo para o qual as equipes estão preparadas, visto que, graças à obstinação terapêutica e à falta de recursos, os profissionais de saúde foram afastados desse tipo de preparação, conforme observamos em Pessini (2001, p.219):

A certeza primeiro que todos exigimos é de que seremos cuidados, independentemente do tipo de cura. Certamente é importante para o sistema de saúde como um todo saber definir como prevenir a doença e o que deve fazer para curá-la quando as pessoas estão doentes. Mas ele deve, sobretudo, estar preparado para cuidar das pessoas em suas vulnerabilidades diante da doença e da morte, que pode somente ser adiada, nunca totalmente vencida.

A maior falha do sistema de saúde contemporâneo é que ele descuidou dessa verdade pelo *glamour* da cura e da guerra contra a doença e a morte. No centro do cuidado deve existir um compromisso para nunca tirar os olhos ou lavar as mãos diante de quem está com dor ou sofrendo, seja deficiente ou incompetente, seja retardado ou demente.

As dificuldades morais estão diretamente associadas a outras de ordem políticas e econômicas, que me permitem postular que tais cuidados não foram solidificados e se expandiram na atual estruturação social por acaso. Ao contrário, a descoberta de um nicho de mercado com a mercantilização da morte fez com que fossem elaborados documentos internacionais e políticas de saúde voltadas para esse tipo de assistência. Não é mera coincidência que o número de mortes nos domicílios e em outras unidades de saúde já esteja se aproximando do número de mortes no hospital, como é o caso brasileiro:

Tabela 01: Óbitos por local de ocorrência segundo região. Período: 2005

Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Ocorrênc por Região e Local ocorrência

Período:2005

Região	Hospital	Outro estabelecimento de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado	Total
Região Norte	32240		721	14187	3655	2913	54228
Região Nordeste	140986		2169	85014	15034	7475	254030
Região Sudeste	340661		24515	76345	20905	12865	476398
Região Sul	107857		1264	35298	8231	6467	159693
Região Centro-Oeste	42798		317	12070	4098	2917	62475
Ignorado/Exterior	0		0	1	0	2	3
Total	664542		28986	222915	51923	32639	1006827

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O somatório dessas dificuldades culmina na insegurança para se estabelecer qual a melhor forma de lidar dignamente com os moribundos na atual sociedade. No entanto, algumas variáveis comuns podem ser consideradas, como «abstração racional» desse cuidado, para tipificar o que essa forma simbólica de assistência à terminalidade significa como boa morte. É com base nessas variáveis, sob a tutela dos ideais burgueses de dignidade humana, que foram elaborados pela ANCP (MACIEL, 2007a) os «direitos do paciente», associados diretamente aos cuidados paliativos: Direito à informação; Direito à autonomia; Direito à assistência integral; Direito ao alívio do sofrimento; Direito à intimidade e privacidade; Direito à vida; Direito aos cuidados imediatos após a morte; e, Direito à assistência ao luto.

Parece-me haver algo mais do que a simples coincidência na ordem em que tais direitos foram dispostos. A seqüência que vai da informação ao luto está associada também ao processo da assistência paliativa, o que pode nos indicar o aspecto onipresente desses direitos sobre o processo terapêutico terminal. Assim, o *direito à informação* aparece não apenas como o primeiro direito, mas também como o fundamento dos demais porque é ele que permite ou interdita a comunicação entre profissional x família x moribundo. Não há a possibilidade de se garantir a dignidade do moribundo, privando-o de sua autonomia²⁹² e não há como mantê-la, se o moribundo não tem acesso às informações sobre seu diagnóstico e prognóstico, na quantidade e no modo em que ele deseja saber:

É fundamental que o doente conheça sua doença, sua forma de progressão, seu estágio de evolução e seu prognóstico de vida para que possa exercer o direito às escolhas necessárias com relação aos tratamentos que irá receber.

A informação precisa ser clara e precisa, porém, deve ser administrada com respeito e atenção aos limites da compreensão e da tolerância emocional do doente (MACIEL, 2007a, p.1)

O *direito à informação* também está presente na compilação elaborada por Duda (1987), seja porque ali se diz que «Eu tenho o direito de participar das decisões sobre o meu

292 Assim, o *direito à autonomia* só se realiza se este também se realizar: «Decisões fundamentais devem ser discutidas com o doente ou seu representante legal e sua vontade sempre respeitada. Para que esse princípio se exerça adequadamente é necessário o respeito ao direito da informação descrito no item 1» (MACIEL, 2007a, p. 1).

caso», o que seria inviabilizado sem as devidas informações necessárias; seja porque se diz que «Eu tenho o direito de ter as minhas perguntas respondidas com honestidade», o que inclui perguntas sobre diagnóstico e prognóstico. Ou ainda, seja porque se diz que «Eu tenho o direito de não ser enganado». Nesse sentido, Maciel (2007a) reassume o discurso de Duda (1987) e coloca a informação como condição necessária para o exercício da autonomia.

Em ambos os casos, a autonomia aparece associada à individualidade, ou mais precisamente, à manutenção dessa individualidade. Em Duda (1987, p.11), isto soa assim: «Eu tenho o direito de reter a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões, as quais podem ser contrárias às crenças de outros». Essa individualidade é a base da compreensão da assistência integral, à qual a ANCP reconhece como direito do paciente:

Todo doente deve ter acesso a ser assistido por uma equipe de vários profissionais, adequadamente treinados para a execução dos princípios dos Cuidados Paliativos, e receber assistência capaz de suprir suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais durante todo o período de sua doença.

Os serviços devem abranger níveis hierarquizados de assistência e serem integrados a tal ponto do doente não se sentir abandonado em nenhum momento de sua evolução clínica (MACIEL, 2007a, p.1)

A própria assistência integral se tornou forma simbólica do controle sobre o tanatopoder que se exerce nessa forma de assistência. As múltiplas estratégias de assujeitamento que visam tornar os corpos mais dóceis e úteis são justificadas por essa ideologia. Assim, profissionais e moribundos partilham do mesmo repertório comportamental que transforma a vigilância em conforto, o tanatocontrole em cuidado, e o moribundo passa a desejá-lo como um direito: «Eu tenho o direito de merecer atenção continuada médica e de enfermagem, mesmo que o objetivo de 'cura' tenha sido mudado para o objetivo de 'conforto'» (DUDA, 1987, p.11).

Esse comportamento torna o moribundo dependente da empresa médica, de modo que a sua ausência pode ser caracterizada como uma perda. Daí o temor de Duda (1987, p.11) pelo abandono, o que faz com que se invoque o antigo paternalismo (ou seria maternalismo) médico: «Eu tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, carinhosas e inteligentes

que tentarão compreender as minhas necessidades e que serão capazes de derivar alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a morte». Em muitos casos, um luxo.

A evocação do tanatocontrole como um direito aparece também na busca de uma vida sem dores físicas (*aponía*) e perturbações na alma (*ataraxía*), na qual os moribundos se submetem à sua expropriação pela empresa médica. Na compilação de Duda (1987, p.11), isto soa assim: «Eu tenho o direito de não sofrer dor», ou então, «Eu tenho o direito de não morrer solitário». Assim, quando a ANCP preconiza o *direito ao alívio do sofrimento* vai ao encontro dessa forma simbólica de tanatocontrole.

Nenhum ser humano pode morrer em condição de sofrimento insuportável, seja ele de natureza física, psicológica ou espiritual. A terapêutica de alívio de sintomas e todas as demais medidas precisam ser administradas em nível de excelência, em todos os momentos e em particular nos últimos dias de vida, prevenindo situações de extremada agonia para ele e seus familiares (MACIEL, 2007a, p.1)

O que, de um ponto de vista, é preferível às intrusões praticadas pela obstinação terapêutica, especialmente porque esta priva o moribundo de si mesmo, revelando-nos que o respeito ao moribundo passa também pela forma de administração da medicação, cujas vias necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso²⁹³. Nesse sentido, a prática dos cuidados paliativos ensina que o moribundo precisa ser compreendido em sua sintomatologia, na forma de uma semiótica tanatológica, que permite ao profissional e aos familiares não só se comunicarem por meio dessa linguagem, bem como ajudá-lo a ter uma boa morte.

293 A via oral, por exemplo, como lembra Maciel (2007b), dificilmente se mantém viável nas últimas horas de vida, os acessos venosos periféricos se tornam difíceis e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Além disto, ela recomenda que os acessos venosos centrais não devam ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por não encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado. Pode-se observar que os cuidados paliativos acentuam a fase final da vida, na qual, segundo Barbosa & Galriça Neto (2006), o moribundo requer atenção especial, vigilância intensa e terapêutica especializada e absolutamente voltada para o alívio dos sintomas. Procura-se lhe proporcionar o devido conforto sem que a consciência fique comprometida a ponto de lhe tirar capacidade de comunicação. Mas, em se tratando de moribundos já com falências funcionais, essa atenção fica mais exigida, pois, contrário ao caso anterior, a fase final da vida é cheia de intercorrências, alterando o comportamento terminal em declínio e recuperação. Para esses casos, de acordo com Simone & Tripodoro (2004), os cuidados paliativos devem estar associados a outros cuidados, pelo menos até que se crie uma situação de alta dependência, na qual a palição se torna imperativa e contra-indicam-se os tratamentos invasivos e dolorosos, sob pena de proporcionar apenas prolongamento inútil de sofrimento.

Essa linguagem é complexa, variando de indivíduo a indivíduo, mas que pode ser compilada em uma gramática de sinais clínicos que envolve a anorexia da fase final da vida²⁹⁴ (não se deve forçar a alimentação), as alterações de cognição e pequenas alucinações (elas devem ser toleradas, o que lembra as antigas lições sobre a morte, descritas por Ariès²⁹⁵), convulsões (devem ser evitadas e controladas), dores, dispnéia e ronco terminal (esses três devem ser controlados, optando-se por salvaguardar a consciência e dando a oportunidade para que o moribundo e seus familiares realizem as suas despedidas, pois chegará o momento em que será difícil mantê-lo sem dor e consciente ao mesmo tempo). O objetivo fundamental é não fazer procedimentos intrusivos desnecessários nem torturar o corpo moribundo. Não se acredita, portanto, que seja possível respeitar a pessoa do moribundo desrespeitando o seu corpo. Do contrário, priva-lho daquilo que foi mais solene durante anos: a despedida no leito de morte, que a ANCP chama-o de *direito à intimidade*:

Durante internações hospitalares para seguimento da fase final da vida, todo doente deverá ter o direito de ser acompanhado por familiar ou outra pessoa de sua eleição, respeitada a privacidade necessária para a resolução de seus conflitos mais íntimos, perdões e despedidas (MACIEL, 2007a, p.1)

A correspondência na compilação de Duda (1987) está mais ligada à fé ou à esperança, quer seja na perspectiva do moribundo: «Eu tenho o direito de manter a esperança

294 Sobre isto Maciel (2007a, p.7) escreveu: «*Hidratação e alimentação artificiais*: A anorexia da fase final da vida é fisiológica e atende às necessidades do organismo de diminuir as atividades metabólicas e induzir a produção de endorfinas necessárias ao alívio do sofrimento. Forçar a alimentação por meio do uso de sondas enterais pode ser considerado uma medida iatrogênica, na medida em que provoca desconforto físico tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir como náuseas, vômitos, risco elevado de aspiração brônquica e sensação de plenitude e desconforto abdominal. Quando o processo de hiporexia se instala e o doente aceita as modificações sugeridas pela equipe na oferta de alimentos, o problema é mais facilmente contornado. Na impossibilidade de deglutir ou aceitar alimentos sólidos, soluções salinas, sucos de vegetais ou pequenas porções de alimentos de fácil aceitação como gelatinas, doces cremosos e bebidas lácteas podem ser administrados. A falta de aceitação completa de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo paciente. A hidratação artificial nesta fase deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea suporta um volume de até 1500 ml diários de soluções isotônicas num mesmo ponto de infusão. Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo pode ser confortante».

295 Ariès (1981, p.7-9) escreveu que as pessoas sabiam que iam morrer e um dos sinais dessa proximidade eram as alucinações no leito.

qualquer que seja a circunstância»; quer seja na perspectiva de quem o atende: «Eu tenho o direito de ser cuidado por aqueles que sempre mantêm a esperança»; ou ainda, na relação dialogal entre um e outro: «Eu tenho o direito de discutir e de ampliar as minhas experiências religiosas e/ou espirituais, a despeito do que elas possam significar para os outros». Isto quer dizer que o moribundo, respeitado e mantido lúcido no seu leito de morte, é tratado como um ser vivo até o fim, uma pessoa portadora de direitos, o que faz com que os cuidados paliativos não sejam uma Medicina da morte, mas da vida. Razão pela qual, a ANCP faz questão de reconhecer o *direito à vida* como um dos direitos do paciente. Esse direito é compreendido como:

Não obstante seja portador de doença avançada e terminal, não se usará de nenhuma terapêutica que possa abreviar-lhe a vida. Doentes comatosos devem ser tratados com dignidade e respeito, como se a tudo pudessem ouvir e sentir. Nesses casos, o tratamento da dor não será interrompido abruptamente por suposições de que ela não mais exista (MACIEL, 2007a, p.1).

O direito à vida, portanto, tal como está formulado, mantém a ANCP em uma postura intermediária entre a recusa da prática da eutanásia e da distanásia, aproximando-a da compilação de Duda (1987, p.11), para quem o moribundo tem o direito de ser tratado como um ser humano vivo até a morte, como condição de morrer em paz e com dignidade, e não como um vegetal que é mantido vivo graças ao aparato tecnológico que o faz funcionar. Essa dignidade deve ser mantida mesmo após a morte, principalmente na forma que o corpo será cuidado. Nesse item, a ANCP reconhece que o moribundo tem o *direito aos cuidados imediatos após a morte*, compreendido como o direito tanto à tanatopraxia quanto a ser velado e sepultado de acordo com seus costumes. O direito aos cuidados póstumos são extensivos aos seus familiares, quer na forma do luto, quer na forma dos direitos sociais que lhe cabem:

Terminada a vida, o corpo deve ser cuidado com absoluto respeito e privacidade. Devem ser permitidas as manifestações imediatas de despedidas e dor dos familiares, acolhendo o seu sofrimento. A família precisa receber todas as orientações necessárias para os rituais de funeral, direitos sociais e responsabilidades com papéis e documentos (MACIEL, 2007a, p.1).

Essa é a única formulação de direitos dos moribundos analisada que falou abertamente em direitos sociais, ou manifestou a preocupação com os direitos sociais decorrentes da morte de um parente ou cônjuge. Na acepção de Duda (1987, p.11), o aspecto dos direitos sociais ainda não tinha aparecido, ficando como preocupação póstuma apenas a questão da santidade do corpo: «Eu tenho o direito de esperar que a santidade do corpo humano seja respeitado após a morte». Aliás, a questão religiosa é mais presente na formulação de Duda (1987) do que na formulação da ANCP, que é mais clínico-social e laica.

Por último, a ANCP destaca o *direito à assistência ao luto*, que é compreendido como o apoio que deve ser dado à família enlutada: «Famíliares devem ter acesso ao contato com a equipe cuidadora no período de luto. Nessa fase devem ser auxiliados a compreender o processo da doença, a evolução para a fase final, o tratamento recebido e os últimos eventos» (MACIEL, 2007a, p.1). E corresponde, na compilação de Duda (1987, p.11) a «Eu tenho o direito de receber ajuda de e para a minha família na aceitação de minha morte». Em todos os casos, a vontade individual, tanto do moribundo quanto dos familiares, deve ser respeitada, desde que as condições de personalidade e capacidade estejam asseguradas.

O termo «direitos do moribundo» ao lado de «direito de morrer» se tornaram referências para falar dessa forma simbólica que reúne ao mesmo tempo a qualidade de ser uma forma de controle e de conquista social. Os países capitalistas centrais, sob as pressões das instituições em defesa desses direitos ou da indústria desses cuidados, foram os primeiros a procurar normatizá-los e lhes estabelecer diretrizes²⁹⁶. Em seguida, junto ao processo de «globalismo cultural» e expansão desse mercado para os países capitalistas periféricos, fazendo com que tais direitos passassem a compor a agenda política desses países.

296 Essa é, por exemplo, a preocupação da *Declaração de Sidney sobre a morte*, de 1968, com relação à certificação da morte e ao anúncio da má-notícia. Ela procurou trazer de volta o papel do *nuncius mortis*, não com essas palavras, que o médico se recusara a exercer, e determinou, por exemplo, que tanto o diagnóstico quanto o anúncio da morte devem ser de responsabilidade médica (art. 1º). Na sua versão de 1983, sob o nome *Declaração de Veneza*, na mesma linha do *Código Hipocrático*, prega que é dever do médico curar e, sempre que possível, aliviar o sofrimento, bem como atuar na proteção dos interesses do moribundo.

a) Os direitos dos moribundos nos países capitalistas centrais

A Assembléia Parlamentar do Conselho da Europa, em 1976, por meio de três Recomendações, a 613, a 777 e a 779, lançou as bases morais e políticas para uma interdição da prática atentadora contra a dignidade humana em ambiente hospitalar. A primeira, porque qualificou como dignidade humana a satisfação da vontade do moribundo de morrer em casa, junto aos seus familiares e com suporte terapêutico: «(...) convencida de que os doentes terminais desejam, antes de tudo, morrer em paz e com dignidade, se possível reconfortados e apoiados pela própria família e pelos amigos» (Rec. 613). A segunda, por sua vez, porque convidou os governos dos Estados-Membros a tomarem todas as medidas necessárias para que os moribundos fossem aliviados dos seus sofrimentos, tanto físico quanto psicologicamente. Recomendando, ainda, a criação de comissões nacionais para a elaboração de regras morais que guiassem o cuidado aos moribundos e atentassem tanto para a distanásia, quanto para a eutanásia. E, a terceira, por sua vez, porque procurava impor limites à obstinação terapêutica, quando no reconhecimento de que «(...) o prolongamento da vida não deve ser o objetivo único da prática médica; esta deve igualmente levar em conta o alívio dos sofrimentos» (Rec. 779). Dessas recomendações saíram importantes documentos operacionais que têm procurado garantir o direito da vontade do moribundo durante a assistência ou a intervenção médico-hospitalar²⁹⁷.

Em 1997, essa Assembléia Parlamentar voltou a emitir outro importante documento. Dessa vez, a *Resolução sobre o Respeito pelos Direitos do Homem na União Européia*, conhecida também como *Código Europeu de Ética Médica*. Em seu artigo 12 ele reza que «(...) todo ser humano deve ter o direito de viver com dignidade os seus últimos dias». Tal direito tem exigências concretas, tanto contra a eutanásia quanto contra a obstinação terapêutica, que na forma dessa Resolução ficam citadas como:

297 Esse documento foi o primeiro a falar em ordens antecipadas, destacando a *Living-will* e a *Do not resuscitate*.

(...) exige a interdição de qualquer intervenção ativa que vise abreviar a vida dos recém-nascidos, dos deficientes, das pessoas idosas e dos doentes em estado de coma profundo e convida os Estados-Membros a conferirem prioridade à criação de unidades de cuidados paliativos, incluindo o recurso a todos os meios de luta contra a dor, destinados a acompanhar dignamente os moribundos em fase terminal sem utilização sistemática de todas as possibilidades terapêuticas para manter vivas pessoas condenadas (CÓDIGO EUROPEU DE ÉTICA MÉDICA, 2008, p.3).

Nesse sentido, o Parlamento europeu caminha em direção à opção pela ortotanásia, sob a forma de cuidados paliativos. Isto ficou bastante evidente dois anos depois quando, em 1999, o Conselho da Europa se reuniu novamente e emitiu, até então, o mais importante documento sobre as políticas europeias voltadas para a morte e o morrer. Trata-se da Recomendação n.1418, sob o título *Proteção dos direitos humanos e dignidade dos doentes incuráveis e terminais*. É uma convocação aos Estados-Membros para criarem uma rede de proteção sócio-jurídica voltada para os moribundos, especialmente no tocante a riscos e desconfortos associados à dor, isolamento, abandono, traumas e falta de assistência, como formas de garantir a dignidade humana:

A obrigação de respeitar e proteger a dignidade de um doente incurável ou terminal é a consequência natural da dignidade inviolável inerente ao ser humano em todas as fases da vida. Este respeito e proteção se traduzem na criação de um ambiente adequado que permita ao ser humano morrer dignamente (Rec. 1418, 5)

O foco central desse documento é a primazia pelo moribundo como senhor solene de sua morte, tal como acontecia com a «morte domada», na narrativa de Ariès (2003). A sua base fundamental é a proteção à dignidade dos moribundos, como atesta: «Hoje, diversos fatores ameaçam os direitos fundamentais que conferem a todos os doentes incuráveis e terminais a dignidade de ser humano» (Rec. 1418, 7). Mas, seus formuladores certamente sabiam que essa solenidade está diretamente comprometida com a qualidade da assistência que o moribundo recebe, que, por sua vez, está associada ao seu poder aquisitivo, como se observa na seguinte preocupação:

Convém, particularmente, tomar esse cuidado no caso dos membros mais

vulneráveis da sociedade, como demonstram inúmeras experiências de sofrimento passadas e presentes. O ser humano, que começa a vida num estado de fragilidade e dependência, necessita ser protegido e sustentado quando se encontra no último momento da vida (Rec. 1418, 6)

Pode-se inferir que essa preocupação decorre da possibilidade de os moribundos serem vítimas da indústria econômica, o que os impediria de ter acesso a tais cuidados ou tê-los futilmente. Por carecerem de recursos financeiros, os moribundos podem ser privados de assistência com qualidade, como o acesso insuficiente a cuidados paliativos e o controle da dor, a assistência psíquica e social, a atenção insuficiente para si e para sua família etc. E, por ter recursos em excesso ou facilidades para tratamentos médicos, o moribundo pode ser submetido à distanásia, ao isolamento em UTIs, à perda de autonomia, à agonia etc. Isto é importante porque traz à luz a questão da obstinação terapêutica associada à questão econômica e esta, a fundos e recursos destinados à assistência aos moribundos, mediada pelos cuidados paliativos, mas também, destinados diretamente aos moribundos, como forma de «apoio aos doentes incuráveis e terminais». No mesmo sentido, este é um dos primeiros documentos a reconhecer a existência e a propor a positividade de direitos para os moribundos, como condição de garantia da sua dignidade (Rec 1418, B.I).

O conjunto das recomendações do Parlamento Europeu influenciou os Estados-Membros a elaborarem as suas reflexões e normatizações sobre o tanatopoder. Alguns exemplos:

Em Portugal, mais associada às necessidades subjetivas, a *Declaração de Lisboa*, de 1981, reconhece os direitos do doente, bem como que o moribundo tem o direito de aceitar ou recusar tratamentos após ter recebido informação adequada, e, também, que ele tem o direito de morrer com dignidade e de receber ou prescindir de conforto espiritual ou moral. Essa mesma vocação humanista foi rerepresentada em 1995, pelo Conselho de Ética Português, no *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida*. Nesse documento, são distinguidos dois tipos de Medicina: Medicina paliativa e Medicina curativa. Evoca-se que no final da vida não seja aplicada a Medicina curativa, mas a paliativa

também grafada como «Medicina de acompanhamento», cuja diferença é estar voltada para a ausência de possibilidade da cura:

(...) enquanto houver esperança razoável de obter cura ou melhoria do estado mórbido, com qualidade de vida aceita pela pessoa doente, são as regras da medicina curativa, científicas e éticas, que devem ser seguidas pelo médico, com ênfase no consentimento informado e nos princípios da beneficência e da não-maleficência, no plano ético, e na rigorosa avaliação clínica da situação, no plano científico (CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 1995, p. 15).

Percebe-se que o Conselho de Ética português adota a mesma definição de dignidade humana como o respeito à autonomia de decidir sobre os procedimentos, sua intensidade, continuidade ou suspensão, após esclarecimento. Do mesmo modo, adota-se a postura epicuréia de uma vida sem dores físicas ou psíquicas como paradigma médico dos cuidados paliativos: «(...) O objetivo primordial (...) é conseguir para a pessoa doente, em fase de incurabilidade, o maior conforto e bem-estar, tanto físico como psíquico e afetivo» (*idem*, 1995, p.16). Nesse sentido, o parecer desse conselho é contra a eutanásia tanto quanto a distanásia, o que pode ser decorrente de uma estratégia diplomática para não entrar em conflito com o *Código Penal* português, que proíbe a eutanásia²⁹⁸. Mas, é importante observar que, apesar dessa proibição, o código traz alguns atenuantes na pena. No artigo 133, a pena pode sofrer limitação de um a cinco anos quando movida por compaixão, emoção violenta, desespero ou outro valor social ou moral relevante. E, no artigo 134, de seis meses a três anos se a eutanásia foi praticada à pedido do moribundo.

Na Alemanha se destaca, em virtude da história recente²⁹⁹, a atuação da *Deutsch*

298 O mesmo pode ter ocorrido com o *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*, que no seu artigo 50 proíbe a eutanásia, apesar de não considerar como tal a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, em especial quando decorrente da opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal. Exceção será feita quando, em caso de risco de vida, a recusa ao tratamento que a situação imediata impõe só possa ser feita pelo próprio médico, pessoal, livremente e estando em possibilidade de fazê-lo (art. 41, n.3). No entanto, como disse antes, esta é uma vocação das recomendações europeias, que têm visto a ortotanásia como uma mediação, moralmente aceitável, entre os excessos imorais da eutanásia e da distanásia.

299 Refiro-me às práticas nazistas no tocante à morte e aos experimentos com seres humanos, amplamente discutidas na Bioética e nas Ciências Sociais, cujo legado deixou um excesso de cuidado naquele país para a discussão sobre quaisquer práticas relacionadas ao assunto.

Medical Association (DMA), em especial por meio da publicação dos novos princípios, de 1998, que devem ser aplicados no cuidado aos moribundos³⁰⁰. Esse país, signatário das Recomendações feitas pela Assembléia do Parlamento Europeu, viu-se obrigado a reabrir a polêmica acerca dos procedimentos clínicos associados à terminalidade. E, contrariamente ao seu vizinho de fronteira, a Holanda, rejeitou veementemente a eutanásia e o suicídio assistido, apesar de adotar a orientação pelos cuidados paliativos. Na sua introdução lê-se justamente a sinopse disto:

(...) a missão do médico é preservar a vida, proteger e restaurar a saúde, aliviar o sofrimento e apoiar o doente terminal até a morte, respeitando o direito de autodeterminação do paciente. Contudo, a obrigação médica de preservar a vida não se aplica em todas as circunstâncias. Existem situações em que medidas diagnósticas e terapêuticas não são mais indicadas e se faz necessário limitar. Os cuidados médicos paliativos sobressaem-se nestas circunstâncias. Esta decisão não deve ser feita a partir de considerações econômicas (DEUTSCH MEDICAL ASSOCIATION, 1998, p.244).

Comentando esse documento, Sahn (1998, p.195-219) opina que a decisão contra a eutanásia e a favor dos cuidados paliativos é uma decisão política de duas ordens, uma externa e outra interna. A externa diz respeito à atual disposição alemã de se redimir com os povos do mundo inteiro e apagar da memória as barbáries praticadas durante o regime nacional socialista, bem como mostrar que a Alemanha está mais europeia e comprometida com a União Europeia, reforçando o papel daquele Parlamento. E, a interna diz respeito à normatização de uma das polêmicas alemãs associadas ao exercício da profissão médica, visto que, naquele país, a decisão por manter cuidados paliativos ainda não estava bem estabelecida. Ali, se polemizava sobre as modalidades de tratamentos básicos aos moribundos, como por exemplo, a obrigação dos médicos de manterem a nutrição e hidratação, mesmo em moribundos classificados como em estado vegetativo persistente. Com a publicação desses novos procedimentos isso se tornou relativo: o médico pode suspender a alimentação, caso essa seja a vontade do moribundo, bem como passou-se a adotar as «ordens antecipadas»

300 Utilizo a sua publicação inglesa divulgada na revista *Journal of Medicine and Philosophy* como *Principles of the German Medical Association concerning terminal medical care*.

preconizadas pela Recomendação n.779.

A opção por esse modelo de assistência e de dignidade humana na hora da morte é bastante evidente, especialmente quando o documento trata dos deveres médicos, dentre os quais o dever de não abandonar o moribundo:

(...) independentemente do objetivo do tratamento médico, este profissional é sempre obrigado a providenciar cuidados básicos. Isso inclui acomodações dignas, atenção pessoal, higiene, alívio da dor, do desconforto respiratório e da náusea, além de estancamento da fome e da sede (DEUTSCH MEDICAL ASSOCIATION, 1998, p. 255).

Na França, onde estão as bases dos direitos humanos enquanto legislação universal, os cuidados paliativos, enquanto direitos dos moribundos, só foram reconhecidos politicamente em 26 de agosto de 1986³⁰¹, por meio de um comunicado oficial do Ministério da Saúde. Esse comunicado, intitulado *Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale*, ficou mais conhecido como *Circulaire Laroque*³⁰². Ela elabora uma definição de cuidados paliativos e oficializa a criação de unidades nas quais tais cuidados possam ser ministrados. No entanto, a sua importância capital é ter influenciado diretamente outros, inclusive o *Código de Saúde Pública Francês*, de 1991, que em seu artigo L-711-4, estabeleceu os cuidados paliativos como um dos objetivos dos hospitais públicos (FRANCE, 2000a, p.4) e a lei n.99.477, de 09 de junho de 1999, mais conhecida como *Lei de Cuidados Paliativos*, que em sua apresentação oficial se identifica como a lei que visa garantir o direito de acesso aos cuidados paliativos [*Visant à garantir le droit d'access aux soins palliatifs*] (FRANCE, 1999, p.12-14).

301 Embora desde 1979, o *Novo Código Francês de Deontologia Médica*, em seu artigo 37, já preconizasse o dever do médico de se esforçar para «(...) aliviar os sofrimentos do paciente, assisti-lo moralmente e evitar qualquer obstinação desproporcionada nas investigações terapêuticas», e, em seu artigo 38, o de acompanhá-lo e prestar cuidados paliativos apropriados «(...) para preservar a qualidade de uma vida que está terminando, salvaguardando a dignidade dos doentes e confortando aqueles que os cercam»; ambos, coerentes com a tradição moral da medicina, para a qual os excessos são vícios, condenam tanto a omissão quanto a insistência exagerada em prolongar a vida.

302 O nome provavelmente é uma homenagem a Geneviève Laroque, que liderou a elaboração do documento.

Retomando boa parte dos princípios da *Circulaire Laroque*, a lei n.99.477³⁰³ reconhece a existência de cuidados paliativos na França e de direitos dos moribundos, dentre os quais destaco: o direito de acesso aos cuidados paliativos³⁰⁴ e de ter um acompanhante (art. L.1A), seja ele voluntário ou profissionalizado³⁰⁵ (art.11); o estabelecimento da licença acompanhamento (art. 11), inclusive remunerada (art. 11 L.225-15). Reconhece também alguns deveres, dentre os quais destaco: a obrigação de as instituições organizarem a provisão de cuidados paliativos tanto em nível interno (hospitalizados), quanto em nível externo (cuidados domiciliares ou desospitalizados).

Outra tentativa de exercer controle sobre o tanatopoder naquele país veio por meio do *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé* quando emitiu o parecer n.63, intitulado *End of life, ending life, euthanasia*³⁰⁶, distribuído durante o *III Global Summit of National Bioethics Comissions*, em Londres. Nesse documento, a comissão francesa reconhece que a obstinação terapêutica (que ele chama de «terapia agressiva e fútil») é uma atitude irracional e deve ser rejeitada:

A terapia agressiva e fútil define-se como obstinação irracional, 'que teimosamente nega reconhecer que um ser humano está morrendo e não pode mais ser curado'. Existe um amplo acordo hoje quanto à sua rejeição, por parte de representantes de todas as religiões e autoridades éticas (FRANCE, 2000a, p.6)

Reconhece a existência de alguns desafios a serem superados para que se possa falar de dignidade humana na hora da morte, tais como: a) determinar com precisão o fim da vida; b) resistência em mudança de paradigmas da Medicina curativa para a Medicina

303 Para alguns críticos, essa lei é um avanço em relação a outros países europeus, que ainda não dispõem dessa regulamentação na forma de lei, como também um retrocesso com relação à *Circulaire Laroque*. Confira, por exemplo, o comentário que Pessini (2001, p.223) transcreve de Desfosses.

304 A lei, em seu artigo L.1B, reconhece por cuidados paliativos: «(...) cuidados ativos e contínuos praticados por uma equipe interdisciplinar na instituição ou em domicílio. Eles visam aliviar a dor e o sofrimento psíquico, salvaguardar a dignidade da pessoa doente e apoiar os seus familiares e amigos».

305 A lei francesa, nesse sentido, é a primeira a mercantilizar a função do acompanhante, transformando-o em uma profissão remunerada.

306 Apesar de francês, o documento foi escrito em inglês. Trata-se de um documento sob clara inspiração eclesial, principalmente a cristã católica – do papa Pio XII à *Declaração sobre Eutanásia*, do papa João Paulo II – e de cunho universalista.

paliativa; c) ausência ou eficiência da comunicação entre profissionais *x* moribundo *x* família; e, d) desintegração do trabalho entre as equipes de apoio hospitalar e domiciliar com a estrutura administrativa de assistência à saúde. Tal como a resposta de Chirac a Humbert, esse documento também acredita que se o moribundo encontrar um sentido para viver ou para morrer dignamente – o que significa acompanhado pelos cuidados paliativos – é o suficiente para recusar a eutanásia.

No tocante aos neonatos, o *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé* emitiu um outro parecer, especificando e condenando o uso de «práticas terapêuticas abusivas» quando este tem «expectativa de vida ilusória». Trata-se do parecer n.65, sob o título *Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale*, no qual a obstinação terapêutica é condenada. Ao mesmo tempo, propõe a idoneidade criminal e moral para os profissionais de saúde que, para evitar a distanásia, interrompam o tratamento convencional, desde que o substitua por cuidados paliativos:

A recusa da terapia agressiva e fútil pode acelerar a chegada da morte, mas implica – por definição – a aceitação do risco mortal conseqüente ao tratamento da dor, ou a abstenção ou limitação do tratamento. A luta contra a dor – quaisquer que sejam as modalidades e finalidades – não é crime. Pelo contrário, é dever de todos os cuidadores da saúde (FRANCE, 2000b, p.7).

Nesse mesmo parágrafo, mais adiante, o documento aceita a possibilidade de a recusa do tratamento ser feita em busca da garantia da dignidade humana, como forma moralmente aceitável de se buscar a boa morte. Isto é, reconhece a possibilidade moral da eutanásia passiva, como aparece em outro lugar:

Não se pode negar que em diversos casos a decisão médica de não-reanimação, de não prolongar ou efetuar uma reação profunda – que alguns consideram, às vezes, eutanásia passiva – pode precipitar o momento da morte. Não se trata de uma interrupção deliberada da vida, mas da aceitação de que a morte é conseqüência da doença ou de certas decisões terapêuticas que a causaram. Estas situações de limitações dos tratamentos inscrevem-se no quadro da recusa da terapia fútil e agressiva, e não devem ser criticadas em termos éticos (FRANCE, 2000b, p.8).

Entretanto, o documento é claramente contrário à eutanásia ativa ou ao suicídio

assistido:

(...) Sem aprovar a participação num suicídio assistido ou numa eutanásia ativa, a aceitação do pedido de limitação ou interrupção de tratamentos ativos feito por um paciente adulto, plenamente consciente e corretamente informado, é compatível com o princípio da autonomia (FRANCE, 2000b, p.8).

Orientação essa que a Holanda e a Bélgica se opuseram quando legalizaram, em 2001 e 2002, a prática da eutanásia e a reconheceram como um direito civil do moribundo.

Na Holanda, mais especificamente, a prática da eutanásia em ambiente hospitalar, sob a tutela do médico e abertamente assumida, remete-nos ainda ao período de sua ilegalidade no país. Trata-se do caso Postma, em 1991. Nesse caso, a médica holandesa Geertruda Postma administrou uma dose fatal de morfina em sua mãe, que era moribunda, com 78 anos de vida. Esse ato abriu a discussão e culminou na criação de políticas públicas sobre a terminalidade assistida. Desde então, a eutanásia passou a ser compreendida como parte da política assistencial ao moribundo, que envolve: a) as decisões de não tratar que resultam em morte; b) o alívio da dor e do sofrimento que resultam em abreviação da vida; c) a eutanásia e o suicídio assistido; e, d) as ações que abreviam a vida do moribundo sem pedido explícito. Essas distinções, segundo Pessini & Barchifontaine (2005, p.388), visam a «(...) tornar transparente ao público as decisões médicas no final da vida, e abrir um debate sobre os aspectos éticos e legais». Assim, a eutanásia e o suicídio assistido não são os únicos direitos que assistem aos moribundos naquele país, nem os mais procurados.

Como direito dos moribundos, qualquer uma dessas decisões deve ser o resultado de um diálogo entre o médico, na qualidade de informante, e do moribundo, na qualidade de decisor autônomo. No caso do pedido de eutanásia, devem ser preenchidas as seguintes condições: a) o pedido deve ser feito exclusivamente pelo moribundo; b) esse pedido tem que ficar comprovado de que se trata de um pedido livre e voluntário; c) a solicitação do moribundo deve ser bem avaliada pela equipe médica, ser durável e persistente; d) o moribundo deve estar experimentando um sofrimento físico ou psíquico intolerável, sem

perspectiva de melhora; e) a eutanásia deve ser o último recurso; f) deve ser praticada necessariamente por um médico; e, g) o médico que irá praticar a eutanásia deve ouvir um consultor médico independente que tenha experiência nessa área.

Nos EUA, os direitos dos moribundos são resultantes de uma luta que vem sendo travada tanto no âmbito político quanto no jurídico.

No âmbito político ela é uma herança das antigas declarações americanas, mais acentuadamente a partir de 1966, ano em que o *Public Health Service* – órgão do *Department of Health, Education and Welfare* – resolveu acatar os critérios para financiamentos às pesquisas em território americano, elaborados pelo *National Institutes of Health*, cuja principal exigência desse documento é o compromisso ético do respeito à autonomia dos envolvidos. Mais tarde, em 1969, foi criado o *Código JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals Code)*³⁰⁷ que se comprometia com a proteção dos direitos dos pacientes e com a responsabilidade pelas chamadas «malpraxis»³⁰⁸. Um ano depois, em 1970, no *Massachusetts General Hospital*, criou-se também uma comissão de ética assistencial para fiscalizar o tratamento dispensado aos moribundos. Na mesma onda, em 1971, no *Hennepin Country Center*, de Minneapolis, criou-se outro comitê de ética assistencial, esse sob o nome de *Thanatology Committee*, para decidir sobre problemas médicos associados à terminalidade. E, por último, em 1974, o Congresso Americano aprovou o *National Act* criando conjuntamente a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Bioomedical and Behavioral Research*.

Depois de dissolvida, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Bioomedical and Behavioral Research* deu origem a duas outras comissões: a

307 Esse código é produto de um confronto de forças que envolveu médicos da *American Hospital Association*, do *American College of Physicians*, do *American College of Surgeons* e usuários da *National Welfare Rights Organization*. Três anos depois, ele começou a ser revisto por meio de duas ações. A primeira realizada pelo secretário do *Department of Health, Education and Welfare* que publicou, em 1971, um guia institucional para a proteção dos seres humanos, como condição para que as instituições de pesquisa na área da saúde recebessem verbas governamentais. E, a segunda, realizada pela *American Hospital Association*, em 1972, com a justificativa de que a relação médico x paciente precisava ser revista.

308 Tem sentido próximo ao que chamamos de «erro médico».

Ethical Advisory Board, que trabalhou até 1980, quando foi criada justamente a segunda, a *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. Da primeira saiu o documento conhecido como *Belmont Report*, que propôs os princípios básicos para o respeito à dignidade humana: autonomia, beneficência e respeito à personalidade. Da segunda, têm saído vários documentos, dentre os quais destaco os que já foram traduzidos: *Definição de morte* (de julho de 1981), *O processo de tomada de decisões no cuidado da saúde* (de outubro de 1982), *Seleção e aconselhamento para condições genéticas* (de fevereiro de 1983), *Implementando diretrizes de pesquisa em humanos* (de março de 1983), e *Decidir se submeter a tratamentos de sustentação de vida* (de março de 1983).

No âmbito jurídico, os direitos dos moribundos americanos remontam à decisão que a Califórnia tomou em 1976 aprovando a lei estadual conhecida como *Natural death act*³⁰⁹. Essa lei passou a permitir que o moribundo recusasse os tratamentos que considere intrusivos, mesmo que sejam aqueles que o mantêm vivo. No mesmo ano, a Suprema Corte do Estado de New Jersey determinou a criação de um comitê para avaliar a situação clínica e sugerir a decisão mais acertada para o caso Ann Quilna³¹⁰: se a manutenção da vida ou o desligamento dos aparelhos. A decisão só veio em 1983, com a autorização para que o seu pai adotivo desligasse o respirador que a mantinha viva.

Ainda em 1983, a *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* publicou uma recomendação favorável a esse tipo de decisão, intitulada *Deciding to forego life-sustaining treatment*. Dois anos depois, em 1985, a *Massachusetts' Medical Association* aprovou uma resolução em que reconhecia a supremacia da vontade do moribundo, desde que tivesse sido manifestada antes do início do tratamento. Em 1986, o *Council on Ethical and Judicial Affairs da American Medical*

309 Segundo Pessini (2001, p.113), mais de 40 estados americanos têm implantado o *Natural death act*. Sem tradução para o português, pode significar Ato sobre a morte natural [ortotanásia?].

310 Para saber mais sobre esse caso, recomendo a leitura de Pessini (2001, p.113-114).

Association (AMA) fez vários pronunciamentos acerca da matéria³¹¹. Nesses pronunciamentos ressaltam-se, sobretudo, o compromisso social do médico pela manutenção da vida e alívio do sofrimento, além de recomendar os cuidados paliativos e a suspensão de tratamentos fúteis. Compromisso esse que foi monitorado³¹² por meio do *project Support (The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment)*³¹³, que procurou não só mapear a forma como as pessoas morriam (fase observacional), bem como criar medidas para intervenção nas atitudes e práticas que julgassem erradas ou fúteis (fase interventora). Finalmente, em dezembro de 1991 entrou em vigência a lei federal chamada *The patient self-determination act*, mais conhecida como PSDA, cuja matéria é a proteção ao direito do moribundo de decidir acerca do tipo de tratamento ou procedimento a ser utilizado, mesmo quando este tem as suas faculdades cognitivas prejudicadas.

A forma material que a PSDA encontrou para salvaguardar essa vontade foi a adoção das «ordens antecipadas»³¹⁴, tais como foram preconizadas pela Recomendação n.777 da Assembléia Parlamentar do Conselho da Europa. Na sua configuração particular essas ordens ficaram com a seguinte estrutura:

a) *living will* – trata-se de um documento que explicita a vontade do moribundo,

311 Recomendo a leitura de Pessini (2001, p.117-124) sobre o assunto.

312 Justamente por esse tipo de monitoramento, Pessini (2001, p.108) atribui ao discurso americano uma preocupação quantitativa com a morte, mais pragmática, diferente daquela européia, que ele chamou de «antropológica humanista».

313 Tratava-se de avaliar a qualidade de morte nos EUA, buscando aprimorar a comunicação entre profissionais e moribundos, clarificar e coordenar as preferências do *staff* profissional, moribundos e familiares, e, controlar a dor. Iniciou-se em 1989 e entrevistou 9.105 moribundos adultos com taxa de mortalidade de 47% em 6 meses. Dos entrevistados, todos apresentaram quadro nosológico de dor, sendo que mais de 50% sentiram dor severa ou moderada nos três últimos dias de vida. E, no tocante à comunicação, 41% dos moribundos assumiram que conversaram com o médico sobre sua situação e procedimentos a serem realizados, caso houvesse a necessidade de ressuscitação. Os outros, morreram na mais completa ignorância de seu prognóstico e dos procedimentos aos quais estavam sujeitos, o que revela que a decisão era tomada de forma unilateral pela equipe de saúde. Já com relação à vontade do moribundo, a maioria dos médicos, 80% dos casos, não sabia o que desejavam seus pacientes. E, nos casos em que essa vontade fora manifesta como o desejo de não ressuscitação, somente em 50% dos casos o médico a levou em consideração e não a praticou.

314 O interesse sobre as «ordens antecipadas» se dá porque nos EUA a manutenção da vida por meios artificiais tornou-se uma questão de saúde pública. Em 1988, no auge desses debates, existiam, segundo dados da AMA (1988, p.2229-2233), de 3.775 a 6.575 pessoas em respiradores artificiais e 1.404.500 pessoas recebendo suporte nutricional artificial.

no qual este pode deixar por escrito ordens para que sejam ou não realizados tratamentos fúteis ou procedimentos invasivos, dentre as quais se destacam a «ordem de ressuscitação cárdio-pulmonar» [*cardio-pulmonary resuscitation order*] e a «ordem de não ressuscitação» [*do not resuscitate order*];

b) *durable power of attorney for health care* – trata-se de um documento no qual o moribundo escolhe e nomeia um curador legal junto à equipe médica ou hospitalar que lhe prestará esclarecimentos e tomará as decisões em seu lugar, podendo assinar o consentimento informado ou impedir a realização de procedimentos que os julgue desnecessários; e,

c) *advance care medical directive* – trata-se de um documento que procura reunir as características dos dois anteriores. Por um lado, traz explícita a vontade do moribundo sobre quais tratamentos concorda e quais os que interdita, ao mesmo tempo, nomeia um curador junto à equipe médica para fazer valer essa vontade ou decidir diante de novas situações.

Em 1999, sob a inspiração do *project Support*, o *Council on Ethical and Judicial Affairs* da AMA voltou a se manifestar, dessa vez com o documento intitulado *Medical futility in end-of-life*. Trata-se de um relatório sobre as formas de distanásia praticadas nos EUA, procurando não só identificar os modelos, como os critérios para definir quando um tratamento é ou não fútil. No entanto, a sua maior preocupação não é ser um documento técnico, e sim político, uma vez que é recorrente em todo o texto o convite, aos responsáveis administrativos e formadores de opinião dentro da classe médica, para a criação de estratégias que coloquem a questão da dignidade humana como ponto central no debate sobre a assistência aos moribundos. É político, porque prima pela relação moral baseada na confiança e na comunicação entre profissional x moribundo x familiares, como estratégia, inclusive, de evitar disputas judiciais³¹⁵:

315 Aliás, em algumas práticas, e não somente americanas, a valoração ao consentimento informado e os termos que dele decorrem tem mais exercido o papel de salvaguarda do profissional, do que uma forma de proteção à dignidade humana do moribundo.

O Conselho encontra muita dificuldade em dar uma definição absoluta para o termo futilidade, uma vez que ele é intrinsecamente uma determinação de valor. Portanto, é a favor de uma abordagem processual para se determinar, e conseqüentemente não utilizar ou descontinuar, o que é cuidado fútil. Esta abordagem processual insiste em dar prioridade às avaliações de um resultado que valha a pena, na perspectiva do paciente e ou representante. Ele pode acomodar modelos comunitários e institucionais e as perspectivas oferecidas pelas abordagens quantitativas, funcionais, que as partes envolvidas podem trazer. Quando o objetivo primeiro do tratamento médico é o de prolongar o processo de morrer, sem benefício para o paciente, ou outros interesses legítimos, isto vai ser levado em conta entre as perspectivas, e pode se tornar determinante (...). Esta abordagem processual também provê um sistema para abordar os dilemas éticos relacionados com os cuidados de final de vida, sem a necessidade de recorrer ao sistema judiciário. O conselho, portanto, recomenda que as instituições de saúde, sejam grandes ou pequenas, adotem uma diretriz sobre a futilidade médica, e que tal diretriz seja uma abordagem processual (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1999, p.940).

De tudo isto, pode-se concluir que há, nos países capitalistas centrais, um consenso discursivo sobre a necessidade de criar e proteger os direitos direcionados aos moribundos, mesmo que isto signifique o fim das formas convencionais de tratamento. Essa proteção passa, necessariamente, pelo valor jurídico das «ordens antecipadas», da autonomia dos moribundos e dos familiares e, principalmente, pela indústria dos cuidados paliativos. Tais cuidados procuram aliviar os sofrimentos físicos e morais do doente, dando-lhe o tratamento apropriado e mantendo tanto quanto possível a sua qualidade de vida na hora da morte. Com isto, a ajuda ou o respeito à dignidade humana dos moribundos implica, em todas as circunstâncias, no respeito constante da autonomia moral e da livre escolha do doente. É ele quem deve decidir e saber o que significa para si uma boa morte.

b) Os direitos dos moribundos nos países capitalistas periféricos

A questão dos direitos dos moribundos nos países capitalistas periféricos não pode ser enfrentada do mesmo modo que nos países capitalistas centrais. As discussões européias e americana não são simplesmente transpostas para esses países. Elas são inculturadas. Isto é, elas tomam formas particulares de acordo com a realidade sócio-política-econômica da

assistência aos moribundos em cada Estado singular e com as formas culturais de enfrentamento da morte e do morrer. Nesses países, à questão do direito à autonomia se soma, por exemplo, a questão do direito à assistência, pois, mais do que em qualquer outro lugar, o moribundo é privado do sistema de assistência à saúde. Mas, também, mais do que em qualquer outro lugar, o moribundo tem um leque imenso de alternativas à morte estatizada, seja ela hospitalizada ou não.

Ao passo que nos países capitalistas centrais a questão da garantia à dignidade humana dos moribundos tem passado pelo respeito à sua individualidade, nos países periféricos, essa questão deve ser ampliada. Pois, como se pode falar em autonomia quando não há escolhas? Quando as opções são restritas a um sim ou não: ou é esta assistência ou é nenhuma? Quando na realidade desses países, especialmente os latino-americanos, a vida que se vive, mesmo com os índices de redução da pobreza e aumento da oferta de serviços, ainda é uma «vida severina»? Como se pode falar de autonomia quando para muitos latino-americanos, escolher a forma como vai morrer é um luxo? Aqui, as desigualdades sociais acentuadas ceifam as vidas antes do tempo, permitindo-nos falar de uma morte fora de hora, aquela que Neto (2006, p.50) chamou de «antes dos trinta», ou que Pessini & Barchifontaine (2005, p.386) chamaram de «anacrotanásia». Há, portanto, conjunturas que precisam ser discutidas, previamente, antes de se falar em direito à autonomia, como sinônimo de garantia da dignidade humana dos moribundos latino-americanos. Uma dessas realidades pode ser a própria forma de morte dos países capitalistas periféricos: a mistanásia.

Se a TMI de Serra Leoa é de 316 por mil nascidos vivos e a da Islândia, com população aproximada, é de 3 por mil, diz a *Radis* (2006c, p.13) que certamente não é por questões biológicas, e sim, sociais. Se das 56 milhões de mortes que ocorrem anualmente no mundo, 85% ocorrem nos países capitalistas periféricos, de acordo com Singer (2002c), isto não pode ser só porque nos países periféricos há mais habitantes. Na ótica de Lebrun (1975), há mais do que coincidências nesses números. Para ele, existe uma relação entre as desigualdades sociais produzidas pelo atraso ou tipo de desenvolvimento econômico e a

proliferação de doenças, condições de saúde e mortalidade. Como ele atesta, a «história das comunidades com atraso econômico» é um «(...) espetáculo pungente de homens, mulheres e crianças que se debatem ou resistem, desarmados, diante da morte» (LEBRUN, 1975, p.368). Esse espetáculo se torna mais horrendo quando se sabe sê-lo previsível, como um círculo de desgraça, e prevenível, uma vez que as crises de subsistência não são eventos fortuitos nem produtos exclusivos das variações climáticas. Há, na verdade, um círculo vicioso entre pobreza e morte bastante evidentes nesses países:

(...) Os pobres têm maior exposição a doenças e agravos, menor cobertura de ações preventivas e, assim, maior probabilidade de adoecer. Quando adoecem, têm menos resistência, e quando precisam do serviço, seu acesso é mais difícil. A qualidade do serviço recebido, em geral, é pior. A probabilidade de receber um tratamento essencial é menor e o acesso aos serviços de segundo e terceiro nível também (RADIS, 2006c, p.15).

Esse mesmo raciocínio tem sido seguido de perto por Lévy (1991, p.9), para quem a fome é a verdadeira doença que abre caminho para todas as epidemias. Assim, a verdadeira questão tanatológica são as desigualdades sociais, que criam uma equação muito estreita entre a fome, a doença e a morte.

Nos países capitalistas periféricos, essa equação é mais acentuada, o que comprova o poder mortífero das epidemias nessa região. Se o Estado capitalista periférico latino-americano permite que o cidadão morra à míngua de fome e sede, porque o impediria de morrer quando o desejasse? Porque o impediria de desocupar o leito que falta aos demais? Talvez por isto a maioria dos países latino-americanos, especialmente Colômbia, Costa Rica, Cuba e Uruguai³¹⁶, já tenham descriminalizado a eutanásia e outros venham negociando essa

316 No Uruguai, o *Código Penal*, de 1934, (GREZZI, 1996), em seu artigo 37, diz que «Os juízes têm a faculdade de exonerar do castigo o indivíduo de antecedentes honestos, autor de homicídio efetuado por motivos de piedade, mediante súplicas reiteradas da vítima». Mas, no *Código de Ética Médica* (SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY, 1995), em seu artigo 42, do capítulo V, dedicado ao término da vida humana, proíbe a eutanásia. Cito-o: «A eutanásia ativa, o matar intencionalmente, é contrária à ética da profissão». E, do mesmo modo, em seu artigo 43, proíbe a obstinação terapêutica e preconiza os cuidados paliativos como moralmente correto. Cito-o novamente: «Em caso de morte encefálica, o médico não tem nenhuma obrigação de empregar técnicas, fármacos ou aparatos cujo uso somente sirva para prolongar este estado. Em pacientes terminais, aliviar sofrimentos físicos e mortificações artificiais, ajudando à pessoa a morrer dignamente, é adotar a decisão eticamente apropriada».

liberação, como o Peru, onde a prática da eutanásia só é crime se for praticada por motivos egoístas. E outros, ainda, façam vista grossa, como o Brasil, onde a prática da eutanásia clandestina, uma vez que não aparece nos prontuários e é praticada através da aplicação de sedativos acima do limite tóxico permitido, já vem sendo denunciada como prática comum em ambiente hospitalar³¹⁷ (MUTO; NARLOCH, 2005, p.55).

Essa equação foi uma das razões que levou Singer (2002c) a defender que a aplicação direta dos conceitos e práticas dos países capitalistas centrais aos países capitalistas periféricos é, no mínimo, inapropriada. Conceitos e práticas nos países capitalistas periféricos não podem ser apartados da questão das desigualdades sociais, das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, das formas de controle social. Justamente por isto, para esse autor, os direitos relacionados à assistência aos moribundos nesses países devem ser pensados como uma questão de saúde pública, e não simplesmente como uma questão clínica (mensuração da dor e seu controle) ou organizacional (organização de serviços). Como questão de saúde pública significa que eles focam a assistência diferenciada, a qualidade de vida e a organização de sistemas públicos de saúde. Contudo, nesses países, os cuidados paliativos vêm se tornando uma prática comum, especialmente na América Latina; seja em virtude das pressões políticas internacionais da WHO, seja em virtude das pressões da classe médica ou dos usuários mais conscientes; seja em virtude da pressão da indústria farmacêutica, que tem disponibilizado mais opióides a preços mais acessíveis.

Do mesmo modo que as organizações internacionais têm imposto a esses países regras de assujeitamento de suas políticas internas, a WHO (2002) tem lhes recomendado que implementem programas de cuidados paliativos com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da maioria dos moribundos oncológicos (ou outras doenças potencialmente fatais) e seus

317 É justamente isto que a *Revista Brasileira de Pediatria* (2005) denunciou quando relatou que, de 167 casos de morte ocorridos nas UTI durante o ano de 2002 nos Estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, 36% das mortes ocorreram após limitação do suporte de vida, o que incluiu decisões como não entubar, não reanimar ou retirar o suporte vital. Desses casos, ainda de acordo com a Revista, 30% estavam reportados de forma contraditória ou foram omitidos nos registros hospitalares com o propósito de esconder uma ação que fora realizada sob a ideologia de que deveria ser feita às escondidas.

familiares. Estes programas devem oferecer controle da dor e outros sintomas, suporte social, religioso e psicológico, respeitando a disponibilidade de recursos de cada nação. Para os países com baixos recursos, o importante é garantir que padrões mínimos de controle da dor e cuidados paliativos sejam incorporados progressivamente em todos os níveis de atenção e que o atendimento domiciliar dos moribundos tenha grande cobertura.

Isto não quer dizer que as políticas de assistência aos moribundos sejam todas originadas a partir de pressões externas, principalmente de organismos internacionais. Elas são também pactuações internas, como formas clássicas de combater a própria desgraça, como atestam Adam & Herzlich (2001, p.28):

No entanto, a característica mais marcante da reação à nova doença é, sem dúvida, a importância dos grupos de apoio aos doentes. (...) A doença torna-se então um assunto de grupos, e não somente de indivíduos: ela se manifesta no espaço público e não somente no espaço privado da relação médico-paciente. Ela reassume, dessa maneira, uma dimensão coletiva.

E também não quer dizer que a simples existência de políticas públicas para garantir a assistência aos moribundos, garanta-lhes dignidade. Mesmo quando o moribundo está assistido, isso pode ser problemático³¹⁸, pois, a morte estatizada pode assumir muitas determinações, de modo que podemos falar tanto da morte assistida pelos cuidados paliativos, quanto podemos falar da morte obscena, às escondidas em uma UTI. Podemos atribuir o termo humanizada tanto quanto desumanizada às mortes que são subsumidas sob essa forma de morte. Podemos fazer as mais diversas inferências, visto que, não é a forma genérica, morte estatizada, que nos dá condições para falar ou não dos aspectos expropriativos da morte. Já foi dito aqui que a morte estatizada tanto quanto a morte mercantilizada são formas de morte da morte mecânica, que por essência, é expropriadora. Essa expropriação pode ser mais ou menos perversa, mais ou menos atentante contra a dignidade humana, dependendo do processo comunicativo-dialógico que se estabelece entre o profissional de saúde, a família e o moribundo, nos casos em que este possa participar.

318 E nesse ponto, as políticas de assistência aos moribundos se tornam todas capitalistas, independentemente de ocorrerem em países capitalistas centrais ou periféricos, contendo traços abstratos em comum.

Ou, mais especificamente, conforme denúncia de Zoboli (2003, p.32), a ausência desse processo faz das decisões profissionais decisões unilaterais. Justamente por isto, há uma interdição da autonomia do moribundo ou da sua família, em detrimento da vontade arbitrada pelo profissional, pela seguradora ou pelo plano de saúde. Assim, decisões unilateralizadas, arbitradas às escondidas, fazem das práticas profissionais dispensadas aos moribundos e suas famílias práticas obscenas.

Esse modo obsceno de lidar com a morte aparece em muitas situações, não necessariamente imorais, mas que foram feitas tais, visto que, a moralidade de um ato não consiste em uma propriedade metafísica que lhe é intrínseca, mas no conjunto das suas conseqüências, como já apresentou Singer (2002a, p.25-37; 2002b, p.9-24.305-330)³¹⁹. É o caso, por exemplo, da ortotanásia, que por si não é nem moral nem imoral, mas que, na forma velada como é realizada em muitas situações clínicas, por uma decisão unilateral que desconsidera a vontade do moribundo ou da família, é transformada em tal³²⁰. Digo isto porque, a ortotanásia, conforme é preconizada pelo CFM, por meio da Resolução CFM n. 1.085/06, deveria ser uma opção eticamente viável ao tratamento obstinado, garantida por meio da intervenção paliativa, após o consentimento livre e esclarecido do moribundo e sua família. Se praticada dessa forma, ela poderia, conforme D'avila (*apud* COLLUCCI, 2006, p. 1), pôr «(...) fim à tortura que pacientes terminais são submetidos nas UTIs». No entanto, tal como vem sendo praticada, interditando o processo comunicativo, ela se torna obscena e interdita a realização dos rituais de despedidas, das últimas confissões, daquelas realidades

319 Posso ilustrar essa consideração com o julgamento do padre e do bispo, tal como foram apresentados por Suassuna (1973) em *O auto da Compadecida*. Eles não foram condenados simplesmente por terem feito o enterro da cachorra em latim, visto que não está em jogo se o ato em si é ou não pecado. O que se julgou foi a motivação pela qual se realizou o ato concebido anteriormente como pecaminoso, mas que deixou de sê-lo após a ciência do testamento da cachorra: simonia. No entanto, como quero interpretar, a acusação de simonia é pertinente, mas não revela a grandeza moral da discussão: a inexistência da coisa moral em si, que é deslocada do plano da metafísica (inclusive religioso) para o plano das decisões baseadas em conseqüências, com a forma de nos relacionarmos com as coisas.

320 É o comportamento de bloquear essa comunicação que faz da resignação a base de expropriação da morte. Assim, a morte se torna obscena porque a interdição da autonomia individual ou familiar é gerida de forma arbitrária e a decisão de praticar eutanásia, distanásia ou ortotanásia é unilateral.

que só são vivenciadas no leito de morte.

É bem verdade que a morte obscena não é uma especificidade da morte hospitalizada, pois ela também ocorre no ambiente domiciliar, como atesta Neves (2004, p. 63). Ali, a interdição aparece especialmente na forma da morte abandonada, como uma «mystanásia», porque o moribundo é abandonado sem suporte ou condições físicas ou psíquicas para se manter vivo ou escolher morrer. Essa interdição tem acontecido, principalmente, porque o cuidado exigido pelo moribundo entra em contradição com a rotina da casa contemporânea, em especial durante as festividades do Natal e Ano Novo. É nessa época, conforme Muto & Narloch (2005, p.53), que ocorre o maior número de casos de abandono dos moribundos. Assim, não é sempre que a presença do moribundo em casa é assumida como parte da rotina doméstica, nem a «morte domiciliar» compreendida como forma digna de morrer. A própria Neves (2004, p.63), que embora mantenha preferências pela «morte domiciliar» como a boa morte, reconhece que há situações de velamento e privação da dignidade do moribundo também no ambiente domiciliar. Nesses casos, a ausência de comunicação gera aquilo que Ariès (2003) e Neves (2004) chamaram de «conspiração familiar». Isto é, procura-se impedir de todas as maneiras que o moribundo saiba do risco que corre, visto que, a partir do momento em que se percebe que uma doença grave ameaça um membro da família, esta conspira imediatamente para privá-lo da informação e da liberdade.

Seria essa conspiração familiar uma forma de caridade? De impedir, pela subtração à informação, que a dor seja aumentada? Não seria uma espécie de humanismo diminuir o sofrimento de outrem? Isto é problemático e porta inúmeras contradições já demonstradas historicamente. A forma simbólica desse humanismo é a de que o moribundo deve morrer sem preocupações prévias com o seu estado, na mais completa ignorância ou na mais nobre resignação. No entanto, o que ocorre é que o moribundo é reduzido à condição de incapaz e todos sabem mais ao seu respeito do que ele, que deveria saber e decidir. Some-se a isso o fato de que a família, tal como foi estruturada, não encontra estratégias para inserir no seu cotidiano a convivência com o moribundo, preferindo mantê-lo afastado ou escondido.

Esse tipo de comportamento faz com que a interdição da morte não seja apenas a simples retirada da literatura a seu respeito das rodas de conversas e da formação do repertório comportamental dos indivíduos, mas, cruelmente, a extinção da convivência com os moribundos³²¹. Estes são tratados como uma praga ou um estorvo, algo a ser posto em um depósito, com o qual não vale mais a pena perder tempo, salvo para o alívio das consciências ou demonstração de caridade, o que pode dar no mesmo.

No entanto, não podemos simplesmente condenar a família por essa interdição, pelo menos isoladamente. Até porque, se for verdade que ela se nega a exercer o papel de *nuncius mortis*, o moribundo, por seu turno, como defendem Ariès (2003) e Neves (2004), também tem se negado a reconhecer a sua própria morte, em especial, no sentido de que em alguns casos ele sente a dissimulação familiar e finge não percebê-la, como forma de não se tornar um estorvo para os seus. Vive a sua morte resignadamente, como uma forma de superação da morte. Essa resignação, inclusive, pode ser vista, como atesta Neves (2004, p. 63), como a «(...) condição fundamental para se ter uma ‘boa morte’», o que lhe dá uma conotação de pacto entre o moribundo e a sua família para não tocar no assunto, pelo menos «(...) até o momento em que a situação se torna inevitável». Assim, se não for possível fechar a equação «morte domiciliar» como boa morte, também não é possível fechar a equação morte hospitalizada como «morte interdita». Em ambos os casos, são as condições de possibilidade da morte do moribundo que decidirão tratar-se de uma morte interdita ou não.

Para investigar melhor essas condições nos países capitalistas periféricos, examinemos o caso brasileiro, que, ao lado da Argentina, são os dois únicos países latino-americanos que ainda mantêm proibição à eutanásia, podendo classificar a sua prática como homicídio.

321 Como defendeu Elias (2001, p.17), essa extinção ocorre em função da lembrança da própria morte: «Aqui encontramos, sob forma extrema, um dos problemas mais gerais de nossa época – nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte» (ELIAS, 2001, p.17).

A tradição brasileira para interditar a eutanásia, de forma explícita, data, senão antes, do primeiro *Código de Ética Médica*, de 1931, na ótica de Pereira Neto & Rocha (1995, p.23-28), que em seus artigos 16 e 31 consideravam-na um despropósito com os princípios da Medicina. O que se repete no atual *Código*, de 1988, visto que o médico tem como primazia «(...) guardar absoluto respeito pela vida humana» (art.6), apesar de não pregar, como naquele, o objetivo fixo de prolongar a vida. Nesse código atual, já em seu artigo 2º, o médico está obrigado a trabalhar em função da beneficência. Trata-se de uma mudança paradigmática em favor do moribundo, como defendeu Pessini (2001, p.184):

Com os códigos de 1984 e 1988, a abordagem dos direitos do paciente terminal, a não ter seu tratamento complicado, a ser aliviado da dor e a não ser morto pelo médico, entram numa nova fase, com o surgimento de novos elementos em grande parte trazidos pelo progresso da tecnociência.

Essa mudança está de acordo com o espírito da *CF-88*, que prima pela autonomia das pessoas. De acordo com Möller (2007, p.146), ali estão os mesmos princípios fundamentais dos documentos internacionais que servem de base para a implementação de leis homólogas no mundo inteiro sobre morte e morrer. Para ela, embora o Brasil ainda careça de ordenamentos jurídicos mais específicos, pode-se dizer que o artigo 5º da *CF-88* oferece proteção ao moribundo contra tratamentos invasivos:

Nesse sentido, os incisos II e XXXV do art. 5º da Constituição de 1988, aplicados à problemática aqui tratada, são garantidores do direito do paciente de recusar submeter-se a exames, procedimentos e tratamentos médicos. O primeiro, assegura que '*ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei*'; e o segundo, estabelece que '*a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*', garantindo, assim, o direito de o paciente recorrer ao Poder Judiciário para impedir intervenções em seu corpo contra sua vontade.

Isto não significa que a *CF-88* reconheça o direito de o moribundo pedir a abreviação da sua vida, ao contrário. Sendo a vida um direito fundamental, de acordo com o mesmo artigo 5º, ela é um direito ao qual não se pode renunciar. Nesse sentido, a autonomia que Möller (2007, p.146) viu não está presente em outros dispositivos do ordenamento

jurídico, como por exemplo, o *Código Penal Brasileiro*, de 1940. Ele não só não confere às pessoas o direito de morrer, como torna lícito o uso de violência para impedir o suicídio (CP, art. 146 x 3º, II). Aliás, respeitar a autonomia dos moribundos não tem sido a vocação prioritária do controle social estatal brasileiro quando se põe a legislar sobre a morte e o morrer. No âmbito do governo, o MS, seguindo a vocação de imitação dos países capitalistas centrais, em 1992, tentou legislar ao modelo da PSDA, com a criação da lei de transplantes n. 8.489. Essa lei presumia a doação universal e obrigava aos não-doadores registrarem em documentos de identidade a sua vontade para não doar órgãos ou tecidos. Não deu certo e, devido aos protestos dos mais diversos organismos governamentais e não governamentais, a lei foi alterada e a doação presumida suspensa:

Burocratas e tecnocratas no âmbito da saúde tentaram impor ao povo brasileiro a chamada *doação presumida*, isto é, todos são considerados doadores, a não ser que exista uma prova documental em contrário. Eticamente, doar deveria ser uma opção generosa e expressão de solidariedade humana. A reação da população surgiu na troca de documentos de identidade, rejeitando a obrigatoriedade estabelecida pela lei. Houve casos de até 97% de rejeição de novos documentos de identidade. Informações do Ministério da Saúde revelam que desde a vigência da lei, 90% das famílias não autorizavam a retirada de órgãos de parentes mortos. A credibilidade e a viabilidade do sistema de transplantes ficou abalada (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p.337).

Voltando ao *Código Penal Brasileiro*, há outras disposições desse ordenamento jurídico que interferem diretamente nas políticas de assistência aos moribundos. Como forma de controle social estatal, esse código, no *caput* do seu artigo 121, que fala de homicídio privilegiado, e no seu artigo 122, que fala da ajuda, indução ou instigação ao suicídio, pode considerar a eutanásia como crime de terceiros. A pena para quem o pratica, comprovado de acordo com os critérios do artigo 158 do *Código de Processo Penal*, é de reclusão. No entanto, ele tem sido objeto de vários estudos que culminaram em anteprojetos de lei sugerindo de penas alternativas até a excepcionalidade do delito, dependendo das circunstâncias nos quais fora praticado³²². Dentre essas circunstâncias excepcionais se

322 O anteprojeto mais recente, que está atualmente em estudos na Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados, chamado de *Anteprojeto da Parte Especial do Código Penal de 1984*, em sua redação final do artigo

encontra sempre o «ato médico».

Não se pode dizer que essa luta não obteve nenhum êxito até então. O que ela ainda não conseguiu, graças à junção do controle social estatal com o controle social eclesiástico, foi a descriminalização da eutanásia, pois, sob a alegação dos valores cristãos da sacralidade da vida, os anteprojetos de lei foram rejeitados. Contudo, houve algumas conquistas, como a redução da pena e o reconhecimento da possibilidade social ou moral da eutanásia. Reconhece o legislador: «Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral³²³, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço» (artigo 121 d 1º).

O *Código de Ética Médica*, de 1988, também versa, de forma bastante explícita sobre essa matéria. Em seu artigo 6º fica vetado ao médico utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, o que inclui o não abandono e a continuidade da assistência, mesmo que seja apenas para aliviar o seu sofrimento (artigo 61). Além de não poder causar sofrimento, o médico deve evitar que novos sofrimentos apareçam, bem como procurar aliviar os que já existem. E inclui também, o que é uma novidade, considerar o paciente, moribundo ou não, como uma pessoa com múltiplas dimensões: física, psíquica, social, cultural etc, bem como abrir mão do antigo paternalismo hipocrático. Este último leva o médico à obrigação de discutir a terapêutica com o paciente, sempre que ele não estiver com a sua vida ameaçada, conforme reza o artigo 56: «é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida».

Ora, ter a vida ameaçada é uma questão que demanda muitas interpretações. O

121 x 3º, afirma: «Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do doente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão».

323 Por motivo de relevante valor social ou moral o código entende que se trata daquele motivo que «(...) em si mesmo, é aprovado pela moral prática como, por exemplo, a compaixão ante irremediável sofrimento da vítima» (art. 121 d 1º).

moribundo, no seu leito de morte, certamente tem a sua vida ameaçada, tanto quanto o recém-nascido de baixo peso ou a pessoa comatosa. Por isto, o que o Código aponta é para uma obrigação médica, como cidadão, de prestar socorro, conforme se observa no *Código Penal Brasileiro* (artigo 133), o que não se aplica no caso do moribundo que escolhe morrer, não ser reanimado (como se diria em inglês, ressuscitado). O direito primeiro não é prestar o socorro, mas, de acordo com a interpretação contemporânea, respeitar o direito do moribundo decidir livremente, ao que se acrescenta, depois de ter sido suficientemente esclarecido.

Em virtude dessa consciência, em 2006, por meio da Resolução n.1.085, o CFM resolveu permitir ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a morte do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (art. 1º). Para isto, o médico tem a obrigação de esclarecer ao moribundo ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. Essa informação não deve ser definitiva, sendo assegurado ao moribundo ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica. A suspensão dos procedimentos e tratamentos que prolonguem a morte não caracterizam o abandono médico, mas apenas a mudança de um paradigma para outro³²⁴, pois o moribundo continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar a dor e o sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e religioso, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Essa resolução segue o espírito da lei n.10.241, de 18 de março de 1999, conhecida também como *lei Mário Covas*³²⁵, que já permitia, no âmbito do Estado de São Paulo, o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados. Essa lei, em seu inciso XXIII do seu artigo 2º, que reza sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde no

324 Do paradigma curativo para o paliativo.

325 A lei n.10.241 tem esse nome porque foi promulgada pelo governador Mário Covas que, quando moribundo, valeu-se do seu inciso XXIV do artigo 2º e optou por morrer em casa. Ela foi originada do projeto de *lei n. 546/97* e teve inspiração na *Cartilha dos direitos dos pacientes* emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1995.

Estado, atribui aos moribundos o direito de «recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a vida». E, no inciso XXIV, «optar pelo local da morte».

Segue também o espírito de um movimento social que vem se espalhando por todo o país, como a promulgação da lei n.10.741, de 1º de outubro de 2003, mais conhecida como *Estatuto do Idoso*. Essa lei, em seu artigo 17, permite ao idoso ou seu representante legal ter assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável:

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Nos estados e municípios, com o movimento da implantação das políticas de humanização, têm sido gerados alguns pactos em favor da assistência diferenciada aos moribundos. No Ceará, por exemplo, desde 2004, passou a ser ação estratégica da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde a preocupação com a qualidade da morte e do morrer. Essa política definiu como diretriz «proporcionar a preparação adequada à vivência de perdas, de sofrimentos, do morrer e da morte» (ESTADO DO CEARÁ, 2004, p.13). Além disto, a normatização dos direitos dos moribundos entrou na agenda política e, em 2005, foi criado o *Código dos Direitos do Paciente*, com três artigos dedicados à terminalidade. O artigo 30, que preconiza: «aceitar ou recusar o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários, mesmo que seja para prolongar a vida». O artigo 33: «se em estado terminal, ter uma assistência respeitosa, apoiada, generosa e afetiva diante da morte». E, o artigo 34: «ter sua dignidade respeitada plenamente após a morte, devendo seus familiares ou responsáveis serem avisados imediatamente após o óbito» (ESTADO DO CEARÁ, 2005, p.11-12).

Nesse mesmo ano, em São Luís, sob inspiração cearense³²⁶, a Prefeitura lançou a cartilha *Direitos e Deveres do Usuário Hospitalizado*. Em seu artigo 19, dos direitos, reza que é um direito do usuário: «Ter morte digna e serena, podendo optar, se estiver lúcido, pela aceitação ou recusa de tratamentos dolorosos e extraordinários. Quando inconsciente, ficará ao encargo da família ou responsável a tomada de tais decisões».

Em geral, a formulação localizada desses direitos são formas de municipalização do que vem sendo preconizado pelas políticas de assistência aos moribundos, que por sua vez se encontram sob a tutela das discussões internacionais em torno da dignidade e da privacidade³²⁷. Eles estão, de acordo com a tipologia de Marshal (1967), mais na esfera dos direitos civis e políticos do que na dos direitos sociais. Em um certo sentido, estão mais associados às vantagens (e também às desvantagens) psicológicas que Nakasu (2007) já vem trabalhando. Eles ainda não tratam das questões sociais ou econômicas, sob o paradigma das necessidades sociais geradas a partir da sociedade de consumo, mas somente de questões psicológicas ou técnicas, como Gomes & Ruiz (2006, p.53) escreveram:

Esses aspectos se relacionam com os direitos dos pacientes de modo geral, como dignidade e privacidade, alívio da dor e sintomas, suporte emocional e espiritual, se solicitado, acesso a informações e tratamento digno, incluindo outros peculiares à situação: saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado; estar em condição de manter o controle sobre o que ocorre; controle sobre quem está presente no final da vida, ter tempo para dizer adeus e estar apto para partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente.

Para se ter uma idéia dessa clara repetição, e assim verificar como existe um discurso oficial hegemônico acerca desses direitos e do seu alcance dentro dessas políticas, basta compararmos o que já foi apresentado com o que preconiza, em âmbito nacional, a *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Nesse documento, publicado em março de 2006,

326 Essa inspiração foi mediada pelo médico Jackson Sampaio, assessor da Política Nacional de Humanização e condutor dos grupos de trabalho em São Luís, que culminou nessa cartilha.

327 Especialmente a *Declaração de Lisboa*, aprovada pela 34ª Assembléia Geral da *World Medical Association*, em 1981; a *Carta dos Direitos do Paciente*, assinada pelo Comitê Médico dos Direitos Humanos; o *Projeto de Libertação dos Doentes Mentais*, do Serviço Legal de Assistência dos Pacientes; e a *Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Deficientes*, da Assembléia Geral das Nações Unidas.

sob a inspiração de que não deve haver distinções entre os usuários do sistema de saúde, sejam atendidos pela rede pública ou privada, são enumerados seis princípios: a) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; b) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; c) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.; d) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; e) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; e, f) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006, p.3).

Apesar de essa cartilha considerar a informação como um direito fundamental, ela mesma não é informada ao público, tendo caído em esquecimento, menos de um ano da sua publicação, conforme *Radis* (2007b, p.8)³²⁸, o que pode ser um prejuízo para a garantia desses direitos.

5.4 A dignidade humana através do poder de compra: a inclusão social dos moribundos

Alguns moribundos enfrentam muitos outros problemas além de saber que vão morrer, visto que são obrigados a conviver com o preconceito e a discriminação. Dessa forma, a luta contra a doença implica igualmente na luta pelo direito de ser tratado dignamente como pessoa humana, livre de discriminações. Além disto, a convivência com a doença onera o orçamento familiar, uma vez que o Estado neoliberal tem se tornado omissos na prestação de serviços diretos à população. Nesses casos, os direitos sociais dos moribundos, no contexto da sociedade de consumo, tem se manifestado na forma do combate à discriminação, por meio da ideologia da inclusão social e na forma de concessão, direta ou indireta, de crédito e renda. Ambas as frentes acreditam que a questão da auto-estima e do respeito social passa pelo poder

328 Além disso, a Revista critica-a como redutora ou redundante de direitos, ao invés de ampliá-los, quando comparada com algumas leis orgânicas municipais, como a de São Paulo, e com outras leis ordinárias federais, como a lei n.8.080 de 1990.

de consumo do indivíduo. Por isso, o aparecimento de vantagens materiais, ou econômicas, embora tenham seus fundamentos nos direitos civis, como a garantia da autonomia, e nos direitos políticos, como a liberdade de locomoção, estão assentados, seguramente, na lógica mercantil das sociedades capitalistas contemporâneas, na lógica do consumo, que, por sua vez, é subsumida sob a forma simbólica da inclusão social dos moribundos.

A inclusão dos moribundos ou a criação de uma sociedade com moribundos, de acordo com Basaglia (1971), é aquela que atribui ao moribundo um certo poder de compra, de modo que ele não pode mais invocar a isenção da «taxa de produção». Ele agora participa do processo produtivo por meio do consumo direto. Para Illich (1975, p.71), o enquadramento dos moribundos em uma categoria social, como a de «consumidor de produtos médicos», tem uma função segurativa. Ela elimina uma ameaça social, pois, desde que a morte passou a ser um evento interdito, obscuro, o moribundo passou a ser uma ameaça. Se antes, como disse Ariès (2003, p.45), as pessoas estavam familiarizadas com a própria morte, de modo que o «(...) espetáculo dos mortos, cujos ossos afloravam à superfície dos cemitérios, como o crânio de Hamlet, não impressionava mais os vivos que a idéia de sua própria morte», na sociedade contemporânea, elas passaram a temer a morte e tudo o que a ela esteja associado. No entanto, com o envelhecimento da população e a pandemia de doenças incuráveis como aids e câncer, as pessoas se viram obrigadas a ter de conviver novamente com os moribundos. A forma encontrada, historicamente funcional, foi a de classificação social. Na nossa época, a de classificação em uma categoria de consumo especial:

(...) Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamento estranhos constituem uma ameaça, enquanto seus traços singulares não são designados de maneira formal e desde que sua conduta anormal não seja assimilada num papel conhecido. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades que atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida. Nas sociedades industriais, o anormal tem direito a um consumo especial. A categorização social aumentou o número dos que possuem esse *status* de consumidor excepcional, a tal ponto que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica (ILLICH, 1975, p.71).

As contingências que mais contribuíram para essa mudança podem ser agrupadas

em subjetivas e objetivas, dialeticamente articuladas entre si. As subjetivas envolvem, sobretudo, a transformação de paradigma nas definições de cidadania; da «cidadania universal» para a «cidadania diferenciada», dada por Piovesan (1998). Já as objetivas, o desenvolvimento industrial e o aumento da população de pessoas consideradas doentes e necessitadas de terapia. Desse modo, as políticas de exclusão social dos moribundos, ou da criação de uma sociedade de moribundos, tornaram-se pouco rentáveis e politicamente imorais diante do novo cenário mundial das políticas de assistência social. Elas precisavam ser substituídas por novas práticas que atendessem às novas demandas sociais, que na ótica capitalista passa pela inserção na sociedade de consumo.

Vamos examinar aqui, à guisa de ilustração, o caso dos moribundos oncológicos.

A população dos moribundos oncológicos ainda não foi totalmente calculada, mas estima-se, de acordo com a WHO (2002), que o câncer é o atual responsável por 7 milhões ou 12% do total de mortes no mundo. Em aproximadamente 20 anos, o número de mortes anuais por câncer irá quase que dobrar, com mais de 60% dos casos novos ocorrendo nos países capitalistas periféricos. Nesses países, uma em cada dez mortes dá-se em consequência do câncer, o que pode assumir maior importância pela diminuição da incidência de doenças transmissíveis. E, no Brasil, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no relato de Ferreira da Silva (2004, p.24), descontados os óbitos por causas mal definidas, de 1998 a 2004 o câncer foi a segunda causa de óbito por doença. Em 2004, o câncer foi responsável por 13,7% dos óbitos no Brasil, ficando atrás das doenças do aparelho circulatório (27,9%). Desde então, de acordo com o SIM (2007), o câncer é a terceira principal causa de morte entre os homens (12,8%) e a segunda entre as mulheres (15,1%).

O relatório de 2006, *Situação do câncer no Brasil*, do Inca (apud RADIS, 2006d, p.8-17), chamou a atenção para as causalidades da doença, dentre as quais destacou o reflexo do modo de viver das pessoas, de suas condições sociais, econômicas e ambientais. Isto significa que os impactos da globalização econômica, que redefinem os padrões de trabalho, nutrição e consumo, têm contribuído para o desenvolvimento de vários tipos de cânceres.

Além disto, o próprio crescimento populacional, a melhoria na qualidade de vida e o envelhecimento da população mundial, que são fatores associados à economia mundial contemporânea, têm contribuído para a incidência de doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer³²⁹. Somando-se a isto o fato de que o câncer se manifesta mais nas sociedades industriais³³⁰, apesar de o número de mortes ser maior nas populações mais pobres, o câncer está sendo chamado como a «doença que a globalização expandiu», o «flagelo moderno»:

O medo provocado pelo câncer não é menor que os grandes medos do passado, e ele continua sendo obcecante ainda hoje. Mesmo podendo ser curado em certo número de casos, o câncer está associado, em nossas representações, à morte, exatamente, como ocorria com as epidemias no passado. E não é sem motivo que ele é considerado protótipo de uma doença de nossos dias, um flagelo moderno (ADAM & HERZLICH, 2001, p.26).

Do ponto de vista individual, o câncer obriga o moribundo a conviver com as mais diversas espécies de dores, inclusive com a «dor global», o que traz impactos de ordem psíquica e social para a sua vida e seus familiares, bem como impactos de ordem econômica.

A WHO (2002) destacou como impactos de ordem psíquica principalmente os transtornos gerados a partir da convivência com a crença de que o diagnóstico inicial de câncer é um evento que põe em risco a vida do doente, tais como ansiedade e depressão. O'Rourke (2000, p.100) atribuiu esse desgaste à falta de energia que o moribundo tem para se relacionar com as outras pessoas e se preocupar consigo mesmo, bem como aos conflitos religiosos envolvidos no processo de tratamento.

Como impactos de ordem social, a WHO destacou as mudanças nas relações sociais causadas pela presença do câncer. Dentre essas as mais estudadas são: isolamento

329 Isto não deve ser interpretado como a única causa do câncer, visto que ele é um grupo de doenças, cada qual com sua causa. Assim, além dos fatores ambientais e modo de vida há outros associados à genética. Não se sabe ao certo quais os grupos de risco nem as causas determinantes do câncer. O relatório, inclusive, fala em grupo de causas ou causas múltiplas. Essas causas múltiplas podem combinar: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de álcool ou tabaco), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C (RADIS, 2006d, p.10).

330 Isto não quer dizer que o câncer surgiu com a industrialização, pois, como atestam Adam & Herzlich (2001, p.25): «O câncer, ao contrário do que normalmente se pensa, não é uma doença recente: os gregos antigos lhe deram o nome (caranguejo em grego) e, há muito tempo, ela é considerada uma doença terrível».

social, tensão familiar, manutenção dos laços de amizade, a capacidade de manter o emprego ou os estudos, medos coletivos de contágio, manutenção das relações sexuais, luto antecipado, entre outras.

E, como impactos de ordem econômica, a mesma organização destacou os custos diretos e indiretos com a busca por tratamentos, que nem sempre aumentam a sobrevivência, ou pela simples manutenção da saúde, bem como perda dos vencimentos econômicos ou das reservas econômicas. O cálculo é de que tais gastos chegaram, em 1996, à monta de 27,5 bilhões de dólares³³¹, só nos EUA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p.22). E, nesse item, acrescento: um moribundo oncológico, morando em um país capitalista periférico, certamente terá perdas muito mais acentuadas, uma vez que seu poder aquisitivo é muito menor, repercutindo diretamente na sobrecarga do sistema previdenciário.

Para atender a essa demanda, tanto a das necessidades individuais quanto a das necessidades sociais, duas ações são tomadas no Brasil, conforme modelos concorrentes de assistência estatal aos moribundos, ambas presentes na Política Nacional de Atenção Oncológica.

O primeiro modelo, associado à forma simbólica do Estado social, é aquele no qual o Estado toma para si a responsabilidade social com essa população, por meio do SUS e das suas políticas de assistência, que versam sobre a articulação de todas as etapas que envolvem o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

Para regulamentar essa assistência, existem três portarias fundamentais: a Portaria GM/MS 3535 de 2 de setembro de 1998, republicada em 12 de outubro de 1998; a Portaria GM/MS 3536 de 2 de setembro de 1998 e a Portaria SAS/MS 113 de 31 de março de 1999. A primeira, visa estabelecer uma rede hierarquizada e atualizar critérios mínimos para cadastramento de unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que disponham de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do moribundo oncológico

331 Tratam-se de gastos diretos. Os gastos indiretos atingiram a soma de 59 bilhões de dólares.

– são os hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres em todas as modalidades assistenciais, chamados Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A segunda, determina a implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC/ONCO). E a terceira, abre possibilidades para o credenciamento de Unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia³³². Além destes, há as Unidades de Alta Complexidade (UNACON) que tratam os cânceres mais prevalentes no país, com exceção do câncer de pulmão.

Um dos direitos mais recentes inclui a distribuição de medicamentos excepcionais aos moribundos como um direito social, cuja base jurídica remete aos artigos 6º e 196 da CF-88 e ao artigo 6º da lei n.8.080/90. De acordo com essa Constituição, o acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde são universais e igualitárias. Assim, a saúde deve ser compreendida como um direito social e um dever do Estado. A lei n. 8.080/90, por sua vez, estabelece que é atribuição do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Para assegurar esses direitos, o governo federal criou, em 1993, o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, dando origem depois, em 1998, à Política Nacional de Medicamentos³³³. Mais recentemente, a Comissão de Seguridade Social e Família aprovou o projeto lei n.283/07, do deputado Rafael Guerra (PSDB/MG). O projeto, tal como está formulado, reconhece aos moribundos que tenham hiperplasia benigna ou câncer de próstata, o direito a receber gratuitamente dos serviços públicos de saúde os medicamentos necessários (RADIS, 2007c, p.6).

Com a política de municipalização da saúde, cabe aos municípios estabelecerem estratégias para o controle do câncer em todas as suas etapas. Para tanto, uma das estratégias

332 Em 2005, foram registradas pelo SUS 423 mil internações por neoplasias malignas, além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia. O número de tratamentos mensais chega a 128 mil para a quimioterapia e 98 mil para a radioterapia ambulatorial.

333 Com relação, por exemplo, à dor crônica em moribundos, os pacientes oncológicos já podem contar com recursos para alívio da dor, como os opióides (na classe de agonistas puros) devidamente recomendados pela WHO e regulamentados no Brasil, desde 1998, por meio da Portaria n.344 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Isto dá ao moribundo oncológico a oportunidade de levar uma vida com dor sob controle, respeitando um mínimo de autonomia e dignidade.

do SUS, por meio do MS, é a implementação do Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, conhecido como Projeto Expande. Esse projeto visa romper com a predominância do atual modelo assistencial e orientar a ampliação do atendimento à população a partir da realidade epidemiológica, estimulando o crescimento ordenado da oferta de serviços; típicas da proposta encabeçada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde 2002 (NOAS 2002), que substitui a oferta pela demanda. Nesse sentido, já estamos fazendo uma virada conceitual na nossa definição de assistência: da social para a neoliberal.

O segundo modelo, associado à forma simbólica do Estado neoliberal, busca a inserção do moribundo na sociedade de consumo como forma de garantir a sua assistência. O Estado deixa de ser o responsável direto para prestar ajuda indireta. Assim, para ser inserido no mercado de consumo, o moribundo oncológico desprovido de renda passa a ter direito, de acordo com a lei n.8.742/93, ao benefício previdenciário³³⁴.

Esse benefício será concedido desde que o moribundo se enquadre nos critérios de idade ou na condição de deficiência previstos na lei e comprove, por meio de documentação, a sua condição de moribundo oncológico. É necessário, para tanto, que ele não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social ou receba qualquer benefício, bem como que a sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Esse direito também está condicionado à inexistência de processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, independentemente de estar recebendo ou não o auxílio-doença.

Ainda de acordo com essa lei, nos casos em que o moribundo se encontre em estágio avançado da doença, ou sofra conseqüências de seqüelas irreversíveis do tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que seja considerado juridicamente incapacitado pelo seu estado de saúde para o trabalho e atos da vida independente.

Para o moribundo oncológico, já inserido no mercado de consumo, dado à

334 O direito ao benefício é independente do pagamento de 12 contribuições, mínimo para outros casos, desde que esteja na qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social do INSS.

condição de portador de renda tributável, há o direito, de acordo com as normas RIR/1999³³⁵, art. 39, XXXIII; IN SRF³³⁶ n.15, de 2001, art. 5, XII, à isenção de IR na aposentadoria. E, de acordo com a lei n.7.713, de 1988, art. 6, inciso XIV, mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento o moribundo oncológico que recebeu os referidos rendimentos. Esse direito prescreve, de acordo com a lei n.9.250, de 1995, art. 30; RIR/1999, art. 39, §§ 4º e 5º; IN SRF n.15, de 2001, art. 5º, §§ 1º e 2º, pelo prazo de validade fixado no laudo pericial, nos casos passíveis de controle, e é regulado pelo Estado, por meio do órgão que paga a aposentadoria (INSS, prefeitura, Estado etc), pelo serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos municípios que deverá comprovar a doença. E mais, ele é restrito aos moribundos oncológicos aposentados, cujo estágio clínico da doença esteja devidamente descrito de acordo com o decreto n.3000 de 25 de março de 1999.

Além da isenção do IR, restrita aos moribundos oncológicos aposentados, há outros direitos que recaem sobre estes pacientes, tais como, a isenção de ICMS, IPI e IPVA para a aquisição de veículos adaptados, quitação do financiamento da casa própria, saque do FGTS, do PIS e passe livre³³⁷ nos transportes públicos. A isenção³³⁸ de ICMS, IPI e IPVA, de acordo com a lei n.10.182, de 2001, está condicionada à comprovação, por meio de laudo fornecido pelo Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN) e declaração na forma da lei assinada pelo moribundo ou responsável legal, de que a destinação do automóvel é para seu uso exclusivo, devido à impossibilidade de dirigir veículos comuns, em decorrência de sua doença. Essa impossibilidade, em geral, está associada à deficiência nos membros superiores ou inferiores³³⁹.

335 Regulamentação do Imposto de Renda (RIR)

336 Instrução Normativa Sobre Imposto de Renda de Pessoa Física.

337 As siglas ICMS, IPVA, FGTS e PIS, significam, respectivamente, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Programa de Integração Social.

338 A isenção do IPVA ainda não é nacional, pois, cada Estado tem a sua legislação própria sobre esse imposto. Assim, somente os estados do Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e o Distrito Federal concedem esse direito.

339 Nesse caso, que atenda a esses requisitos poderá adquirir quaisquer veículos de passageiros ou veículos de

Qualquer pessoa, com invalidez total ou permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação do financiamento da casa própria. Para isso deve estar inapto para o trabalho e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. Esse direito é decorrente do seguro que o consumidor paga junto com as parcelas quando o imóvel é financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH). Esse seguro lhe garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Em caso de invalidez, o seguro quita o valor correspondente ao que o consumidor já deu para o financiamento.

O FGTS e o PIS podem ser retirados na Caixa Econômica Federal (CEF) pelo trabalhador cadastrado que tiver neoplasia maligna ou o trabalhador que possuir dependente portador de câncer. O valor recebido será o saldo de todas as contas pertencentes ao trabalhador, inclusive a conta do atual contrato de trabalho. No caso de motivo de incapacidade relacionado ao câncer, persistindo os sintomas da doença, o saque na conta poderá ser efetuado enquanto houver saldo, sempre que forem apresentados os documentos necessários.

Na qualidade de portador de deficiência, incluídos nessa categoria os ostomizados, doentes renais crônicos, transplantados, hansenianos e HIV positivos, de acordo com o decreto municipal n.19.936/2001, art. III, o moribundo oncológico, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, tem direito ao passe livre nos ônibus municipais.

O conjunto dessas ações reforça a tese de que o processo morte-morrer se encontra em meio à lógica mercantil, que transformou tanto a hospitalização e a desospitalização quanto as lutas sociais por qualidade de vida-morte do moribundo, assistida gratuita e universalmente, em formas de obtenção de lucro. Ou seja, os direitos sociais dos moribundos se articulam organicamente com a expropriação da morte, como formas

uso misto de fabricação nacional, movidos a combustível de origem renovável. O veículo precisa apresentar características especiais, originais ou resultantes de adaptação, que permitam a sua adequada utilização por portadores de deficiência física. Entre estas características estão: o câmbio automático ou hidramático e direção hidráulica. Se o moribundo desejar acessórios opcionais que não constituam equipamentos originais do veículo adquirido, sobre eles incidirá IPI.

simbólicas da transformação das formas de expansão do capital, em face de sua reestruturação produtiva. Eles estão associados à mudança³⁴⁰ da lógica de uma economia fordista para uma economia neoliberal, na qual, em última consequência, as ações do Estado passam a considerar o controle social responsabilidade do mercado, de modo que há uma terceirização da assistência aos moribundos para a indústria privada da morte, prevalecendo a morte mercantilizada. Logo, a morte e o morrer fazem parte das contradições da sociedade capitalista como um todo, onde há uma morte para o capitalista e outra para a classe operária.

340 Essa mudança do capitalismo, que transforma usuários em consumidores, é uma forma de disfarçar a sua característica essencial de ser um sistema que atenta contra a dignidade humana, e sendo, portanto, falaciosa. Falaciosa porque, como se disse antes, em não sendo a morte a mesma para todos e essa diferenciação passando, necessariamente, pela diferença de classe social, a submissão das políticas sociais ao controle social mercantil é, como já denunciou Polanyi (1980, p.88), um risco à população e à própria civilização. É um caminho para a barbárie, ou como apontava Ariès (2003), para a morte selvagem dos nossos dias.

6 CONCLUSÃO

Há mesmo vantagens em ser moribundo? Se há, qual a natureza dessas vantagens? São apenas vantagens psíquicas, como aquelas apregoadas por alguns psicólogos³⁴¹? Ou também dizem respeito a outras dimensões, como a econômica, a social e a política?

Acredito que sim³⁴², como procurei demonstrar nessa tese; o que me levou também a questionar até que ponto tais vantagens são extensões da classe social à qual o moribundo pertence ou da sua relação afetiva com seus amigos e familiares ou da influência das políticas de inclusão social dos moribundos na sociedade de consumo. Pois, como fenômeno historicamente determinado, a forma da morte dos indivíduos foi examinada como um fenômeno multidimensional, e como tal, pensado em conexão com suas múltiplas ocorrências: de classe, de convívio social, de políticas públicas...

Em razão disto, essas vantagens foram apresentadas tanto no âmbito do seu fetichismo, que consiste na sua aparição como direitos sociais, quanto no âmbito de sua estrutura, que consiste na expropriação da morte nas sociedades capitalistas ocidentais cristãs. A mediação entre uma e outra é marcada pelas ações estatais de controle social sobre as formas de morte (medicalização e mercantilização), o que na atual sociedade passa pela inclusão social dos moribundos na sociedade de consumo.

Essa mediação, por sua vez, virou objeto de minha investigação, localizada no campo do saber que investiga as ações estatais na forma de políticas públicas e serviu de base para a construção da tríade políticas públicas \times formas de morte \times direitos sociais. Nesse

341 Becker (2007), Bowlby (2004), Esslinger (2004), Kovács (1992, 2003), Kübler-Ross (2005), Nakasu (2005; 2007), Ruiz & Teixeira (2006) são apenas alguns exemplos de psicólogos que pregam essas vantagens e que apareceram nesse texto, mas há inúmeros outros cujos discursos se aproximam ao desses, mas que não foram considerados por mera abstração e proximidade do material bibliográfico.

342 Essa crença, como ficou demonstrado, tem suas bases em pensadores juristas, como Basaglia (1971), Duda (1987), Möller (2007); teólogos, como Pessini (2001; 2003); bioeticistas, como Pessini & Barchinfontaine (2005), Ikeda & Simard & Bourgeault (2007); sociólogos como Ariès (2003), Elias (2001), Foucault (2006d), Noin (1973), Reis (1991), Romero (2002); literatas como Saramago (2005), entre outros.

sentido, a compreensão das vantagens de ser moribundo me conduziu a várias frentes de investigação, o que incluiu o controle social sobre a forma como as pessoas morrem e lidam com a morte tanto no âmbito do governo dos indivíduos quanto no âmbito do governo da população.

Justamente por isto, a interação dialética entre o individual, o familiar e o coletivo estiveram presentes durante todo o texto, o que fez com que minha apresentação oscilasse entre a micro e a macro-dimensão das formas de controle social sobre a morte e o morrer. Se por um lado, a morte tem sido compreendida como um evento individual, de modo que cada qual a tem de acordo com a sua história de vida; por outro, essa mesma morte está envolvida pelos interesses de uma indústria da morte, que espolia o moribundo conforme seu poder aquisitivo. Assim, não compreendo os comportamentos individuais acerca da morte e do morrer como habilidades separadas da aprendizagem social para lidar com as mesmas questões. A forma como lidamos com a morte e o morrer é um fenômeno sócio-político, enredado em todas as relações da sociedade capitalista contemporânea³⁴³.

Tais vantagens foram aqui estudadas sob a perspectiva de que existe uma relação orgânica entre Estado e morte, por meio da dimensão fetichista da criação dos direitos sociais dos moribundos; o que me colocou diante da relação existente entre as políticas públicas de inclusão social dos moribundos e as novas estratégias de mercado. Essa relação, suportada teoricamente pelo silogismo dialético, tem sua dinâmica própria e encontra sentido quando se pensa a morte como um problema que é, ao mesmo tempo, uma questão social, ligada às desigualdades sociais e às necessidades sociais, e uma questão política, ligada à ação do Estado, que procura mediar as lutas sociais pelo suprimento dessas necessidades e manter o equilíbrio entre as desigualdades. Ambas me conduziram à investigação das políticas de assistência aos moribundos, cuja atuação se mostrou tanto no nível dos salários diretos quanto

343 Essa compreensão tomou como base, em primeiro lugar, o sentido de disciplina dado por Foucault (1981), que consiste nas técnicas de coerção ou individualização do poder, a fim de controlar a conduta do indivíduo, seu comportamento, suas atitudes, intensificar sua performance, multiplicar suas capacidades e colocá-lo no lugar onde será mais útil. Em segundo lugar, o sentido de controle, também dado por Foucault (2001), mais voltado para as formas de assujeitamento, da gestão das populações e das técnicas de si.

no dos salários indiretos; tanto sob a forma da concessão de assistência quanto sob a forma da concessão de direitos, conforme as formas de Estado nas quais tais políticas eram formuladas e implementadas.

Considerarei, igualmente, o papel dessas políticas como estratégias de poder, tanto quanto as formas de morte preconizadas e aceitas pela sociedade capitalista contemporânea, bem como as positivamente jurídicas dessa assistência. Isto me levou à construção de um referencial teórico-metodológico sob clara inspiração da dialética marxiana e da genealogia de Foucault, sob a tutela da Biopolítica.

A Biopolítica apareceu aqui tanto como um *constructo*, porque é o próprio processo de investigação do controle social sobre o tanatopoder, quanto como uma estratégia política que o Estado tem para resolver a questão da morte como problema político, criado desde a medicalização da vida. O primeiro me remeteu ao sentido metodológico que a Biopolítica assume, o segundo, ao seu sentido estritamente político. Ou seja, tanto ao sentido de que a morte não pode ser tratada à parte da forma como ela é vivenciada concretamente, quanto à idéia de que há uma conspiração política que a define. Isto me obrigou a considerá-la como um evento social portador de inúmeras determinações.

Como evento social portador de inúmeras determinações, essa pesquisa nunca poderia dar conta da forma como as pessoas morrem e lidam com a morte, em sua totalidade. Fiz algumas abstrações que me levaram a considerar única e exclusivamente a morte de seres humanos sob a tutela das políticas de assistência aos moribundos. Isolei a relação orgânica entre Estado e morte nas sociedades capitalistas ocidentais cristãs, em duas dimensões econômicas: o modelo fordista e o pós-fordista de produção; duas dimensões organizacionais: o Estado social e o Estado neoliberal; três dimensões espaciais: os hospitais, as unidades de cuidados paliativos e o domicílio; duas dimensões acontecimentais: a medicalização e a mercantilização da morte. Dialeticamente articuladas, essas dimensões me apontaram para a investigação das políticas de assistência aos moribundos tanto nos países capitalistas centrais, dentre os quais os EUA foram escolhido como modelo, quanto nos países capitalistas

periféricos, dentre os quais o modelo foi o Brasil.

Em ambos os casos ficou mostrado que o Estado capitalista contemporâneo, social ou neoliberal, central ou periférico, procura exercer controle social sobre a forma como as pessoas morrem. A morte deixou de ser um evento privado e passou a ser de interesse público, desde que o Estado capitalista assumiu o programa de controle social sobre os corpos. Nesse sentido, o controle social sobre a forma como as pessoas morrem não é à parte das outras formas de controle social exercidas pelo Estado, sociedade ou mercado. Ele está inserido em uma rede de tanatopoder da qual é praticamente impossível se livrar.

Essa rede está associada tanto à existência e atuação de instituições estabelecidas ou reconhecidas oficialmente pelo Estado, quanto à existência de políticas públicas que lhe assegurem, podendo se manifestar tanto de forma direta, por meio da «tanatocracia», como disse Ziegler (1977), quanto por meio dos «poderes laterais», como disse Foucault (2006b). Na verdade, ela tem servido tanto para manter as políticas de assistência aos moribundos à serviço do capitalismo para assujeitar os indivíduos ao controle social do Estado³⁴⁴.

A sua atuação se dá tanto no nível do controle externo quanto no nível do controle interno. Isto é, ela tanto pode ativar mecanismos coercitivos externos sobre ou contra os indivíduos, quanto mecanismos de condicionamento dos indivíduos às conformidades do poder. O primeiro tipo compreende as ações estatais que criam políticas de controle social sobre a forma da morte dos indivíduos. Seus recursos são a propaganda de produtos médicos e a imposição da morte asséptica. Suas manifestações mais concretas são a hospitalização, a indústria de *home care* e os cuidados domiciliares, por meio de instituições públicas ou privadas que prestam assistência aos moribundos. O segundo tipo compreendeu o conjunto das ações estatais que ativam os mecanismos de poder para o condicionamento do indivíduo à forma de sociedade que se deseja. Por essa via, pretende-se que os indivíduos aprendam não

344 Ela está submissa ao capitalismo como aquele que continua criando e reproduzindo os instrumentos de controle social, uma vez que, como se sabe, a decisão do que entra ou não na agenda pública, o que e como será transformado em políticas públicas, as metas e o público é uma decisão capitalista. As políticas públicas não são produtos exclusivos das reivindicações da massa, mas, em geral, produtos das pactuações capitalistas.

somente a desejar a assistência hospitalizada, mas a ela se submeter docilmente. A sua estratégia é o uso de reforçadores que vão construir as habilidades sociais do repertório comportamental para lidar com a própria morte e a morte do outro.

Isto significa que as lutas sociais em torno da morte e do morrer são inúteis? Não, pois, como forma de controle social, a estatização da vida e da morte não pode ser uma teoria unilateral: a de que o poder se exerce sempre de cima para baixo. Como fenômeno inerente à própria sociedade capitalista, o controle social sobre a morte é rico em contradições, de tal modo que contempla também as exigências das lutas sociais em defesa da boa morte. Sejam as Lutas Camponesas, a Cemiterada ou os movimentos europeus e americano em defesa do culto aos mortos, ou ainda, os movimentos dos países periféricos, tais como os sanitaristas, pela assistência integral à saúde, têm contribuído para a configuração geral desse quadro. Mas isto não invalida a natureza autoritária do Estado contemporâneo³⁴⁵.

A base desse autoritarismo se justifica porque se aceita sem questionamentos o princípio de que o moribundo precisa da proteção do Estado. Assim, quando o Estado procura pôr em prática essa proteção, nascem os problemas, pois, como pode o moribundo ser expropriado de sua morte e isto não atentar contra a sua dignidade? Tais problemas não são todos da mesma ordem, mas se configuram de acordo com as formas de Estado que o Estado autoritário assume. Para o Estado social, eles estão mais associados ao próprio processo de medicalização da morte, criando, sobretudo, uma sociedade de moribundos, por meio de suas políticas de exclusão social. Para o Estado neoliberal, estão mais associados ao processo de mercantilização da morte, criando uma sociedade com moribundos, por meio de suas políticas de inclusão social.

No primeiro caso, o grande desafio é a morte hospitalizada, que retira o moribundo da convivência familiar para morrer em um local estranho, cercado por máquinas e pessoal estranho, muitos dos quais incapacitados para lidar com a morte. Esse modelo não só prevalece no Estado social como parece ter sido ele a dar sustentação empírica à morte

345 A análise dos casos de Terri Schiavo e Vincent Humbert deixaram isto bem claro.

mecânica. Pois, essa distância com a morte talvez esteja na base de um comportamento que não consegue atribuir às diferentes mortes particularidades realidades conceituais distintas. Acredita ser a morte a mesma para todos, um evento mecânico, suprasumido na «morte encefálica».

A morte hospitalar, no entanto, porta as suas contradições. Por um lado é o local onde se vive o dilema entre a prática da eutanásia e da distanásia, mas, por outro, é o local da acolhida, onde desde cedo, no capitalismo, os moribundos aprenderam a morrer. Há mesmo quem considere esse tipo de morte uma conquista política, econômica e social, pois, significaria que o Estado tem criado políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades individuais, bem como, para a segurança social que o sistema precisa para continuar produzindo. Principalmente, diante das novas políticas neoliberais que têm proposto o fim da hospitalização, ou pelo menos, da hospitalização pública.

Já para as políticas neoliberais, típicas do Estado neoliberal, a prestação de «salários indiretos» deve ser substituída pela de «salários diretos», seja por meio da transferência de renda ou da criação de crédito. O Estado neoliberal não deve criar leitos para os moribundos, deve provê-los de recursos para que eles possam contratá-los. E, tratada como um investimento individual, a saúde deve ser uma ação privada, como qualquer outra ação de investimentos. Ela está associada à mudança da lógica de uma economia de produção para uma economia de consumo, que tem como uma de suas conseqüências o fato de que as ações do Estado passam a considerar o controle social realizado pelo próprio mercado. Desse modo, com relação aos moribundos, há uma transferência da sua assistência para a indústria privada, prevalecendo a idéia de que a assistência na hora da morte deva ser prestada por essa indústria. O Estado passaria a desenvolver papel regulador, gerindo os contratos e priorizando os interesses dos acionistas sobre as necessidades sociais dos moribundos.

A forma material contemporânea dessas políticas, dentre outras, é a concessão de direitos sociais aos moribundos. Esses direitos não são todos da mesma ordem e estão inseridos em concepções distintas do que seja dignidade humana. Ou porque a concebe como

o respeito inviolável da autonomia dos moribundos, tais como encontramos, predominantemente, nos documentos americanos e em alguns europeus; ou porque a concebe como as condições materiais para que os moribundos possam exercer as suas outras funções sociais, tais como encontramos nos documentos brasileiros. Nesse sentido, a dignidade pode passar tanto pela liberdade de escolha diante da vida e da morte quanto pelo poder aquisitivo dos moribundos e, em ambos os casos, passa pela assistência neoliberal e controle sobre as formas de morte na sociedade contemporânea.

Dito isto, postula-se que a expropriação da morte tem assumido a forma simbólica da obrigação estatal e do sonho dos cidadãos, onde essa obrigação não tem sido cumprida. E, mesmo nas situações em que os moribundos são relegados à indústria privada da morte, tanto o capitalista quanto o proletário acreditam que é do Estado a obrigação de fazer essa passagem. Para a primeira classe, por meio dos incentivos repassados à iniciativa privada e ao terceiro setor, bem como de sua retirada ou diminuição progressiva dessa área de assistência. Para a outra classe, por meio da concessão de benefícios para que os próprios moribundos possam fazer as suas escolhas, bem como pelas garantias fundamentais na forma da lei às suas demandas. E, ambos concordam que aqueles casos em que não haja nenhuma possibilidade de lucratividade ou de manutenção do crédito, devem ser mantidos pelo Estado, como um investimento social a fundo perdido, por meio da garantia de políticas de assistência aos moribundos miseráveis.

Isto nos mostra que essa aceitação não tem sido desprovida de contradições, pois, se por um lado a indústria de cuidados médicos está em elevado crescimento econômico, por outro, as desigualdades sociais estão cada vez mais acentuadas, o que faz da intervenção estatal uma mediação necessária para que a mercadoria morte possa se solidificar no mercado. A nova moral da caridade capitalista é: *quem pode pagar, compra; quem não pode, recebe crédito; quem não recebe crédito, é miserável e dele o Estado cuida.*

Essa moralidade mercantil está na base da ampla aceitação das práticas exercidas pela indústria da morte, que vem expropriando as formas de assistência aos moribundos, tanto

nas sociedades mais industriais, onde ela é evidente, quanto nas sociedades pré-industriais, onde ela começa a se solidificar.

A sua ampla aceitação, quer na forma da saúde preventiva, quer na forma da saúde curativa ou paliativa reforça e é reforçada por discursos que menosprezam a assistência pública prestada pelo Estado, seja questionando a sua capacidade de conceber políticas públicas, seja questionando a sua prática administrativa, ou mesmo, questionando a sua libidez moral para gerir os recursos e os sonhos da população. É evidente que há algo de verdadeiro nessa argumentação, o de que as práticas corruptas dos governos e dos representantes políticos têm sido um contra-testemunho para aqueles que defendem o intervencionismo estatal. Mas, pode-se perguntar: isto é suficiente para justificar a nova moral mercantil? Não seria uma mera *falácia ad hominem*, visto que estaria confundindo o governo com o próprio Estado? Pode-se julgar o Estado pelo governo? Ademais, o caráter intervencionista não é uma propriedade do próprio Estado autoritário? Questionar uma função estatal sem questionar a sua natureza não é uma forma de fetichismo estatal?

Agora posso parecer contraditório porque após aceitar a denúncia de uma «iatrogênese social» por meio do papel intervencionista do Estado autoritário, tal como está formulada por Illich (1975), decidi-me contra uma política que enfraquece justamente a hospitalização? Não se trata bem disso. O que as políticas neoliberais de assistência à saúde vêm propondo não é uma alternativa à hospitalização ou à iatrogenia, mas, travestida de humanista, como já denunciaram Baraldi & Paes da Silva (2000, p.15), ela tem-se configurado tanto quanto aquela em uma forma de atentado à dignidade humana porque transforma a morte em uma mercadoria capitalista e os moribundos em *meros* consumidores que valem o quanto podem pagar. Acredito que não é pela falência das instituições estatais que essa empresa médica tem se solidificado, mas, ao contrário, é pela presença de um Estado comprometido com seus interesses, que conseguiu expropriar a morte e lhe construiu um mercado próspero onde ela pode desenvolver-se.

Pelo menos no Brasil, a transformação de usuários em consumidores tem sido

marcada pela forma de morte estatizada, sob o controle social estatal, em que o moribundo tem sido afastado da família e, muitas vezes, relegado à morte obscena, cercado por uma equipe de profissionais que nem sempre se preocupa diretamente com a sua condição humana, mas apenas com o seu quadro clínico. Porém, também tem sido marcada pela forma de morte transferida, quando o moribundo é negado enquanto tal e passa a ser tratado como consumidor de serviços materiais e humanos, em que até o carinho que lhe é dispensado sai de sua conta bancária. A hora do óbito [*the dying time*] torna-se uma decisão monetária baseada em um cálculo do quanto a tecnologia é capaz de fazer e do quanto o moribundo pode e quer pagar.

Definitivamente, *morrer não é o mesmo para todos!*

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H. *The politics of social welfare development in Latin America*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1982. (Série Estudos, 8).

_____. O Leviatã anêmico: dilemas presentes e futuros da política social. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.1. p.7-32, jun.1989.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Histórico*. Disponível em:< <http://www.paliativo.com.br/historicohtm>>. Acesso em: 23 mar.2007.

ADAM, P; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Tradução Laureano Pelegrin. Bauru: Edusc, 2001.

ADORNO, T.W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Tradução Guido de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor 1985.

AGLIETTA, M. Capitalism at the Turn of the century: regulation Theory and the Challenge of Social change. *New Left Review*, London, n.232, nov./dec. 1988.

ALMEIDA, M.H.T. de. O sindicato no Brasil: novos problemas, velhas estruturas. *Debate & Critica*, São Paulo, n.6, p.49-74, jul. 1998.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. A definition of irreversible coma. Report of Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Journal of the American Medical Association*, v.6, n. 205, p. 337-40, rug.1968.

_____.Council on ethical and judicial affairs. *Journal of the American Medical Association*, v.267, n.16 p. 2229 –33, 1988.

_____.Medical futility in end-of-life. *Journal of the American Medical Association*, v. 267, n.16, p. 229-33. 1999.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

ARRETCHE, M.T. da S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRAS, M.C.R. N; CARVALHO, M do C. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001. p.45-6.

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Tradução Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981. v.1.

_____. *Historia da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Tradução Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ASCOLI, U. (Org.). *Welfare State all'italianna*. Roma-Bari: Larterza, 1984.

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE. Recommendation n.613. .Conseil de L'Europe, 1976a.

____. Recommendation n.777. Conseil de L'Europe, 1976b.

____. Recommendation n.779. Conseil de L'Europe, 1976c.

____. Recommendation n.1418. Conseil de L'Europe, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Histórico*. Disponível em:<<http://www.cuidadospaliativos.com.br/aabcp.php>>. Acesso em 23 mar.2007.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. *Medicina Intensiva*. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

AUSTIN, J. L. *How to do things with words*. Oxford: Claredon, 1962.

BACHELARD, G. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: contraponto, 1996.

BACON, F. *Novum Organum ou verdadeiras inclinações acerca da interpretação da natureza*. Tradução José Aluysio Reis de Andrade. São Paulo: Nova Cultural, 2005. (Coleção os Pensadores).

____. *De dignitate el augmentis scientiarum*. Norimberg: Sumptibus Riegelli Wielfaneri, 1924.

BARALDI, S. *Sobre o significado da morte e do morrer: identificando similaridades e diferenças no Brasil (São Paulo) e Cuba (Havana) 1999*. 119f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, São Paulo, SP, 1999.

____; PAES DA SILVA, M.J. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *Nursing*, São Paulo, v.3, n.24, p.14-7, 2000.

BARBOSA, A; GALRIÇA NETO I. *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Bioética. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, 2006.

BARCLAY, W. R. Guidelines for the determination of death. American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, v.246, n.19, p.2194, nov. 1981.

BASAGLIA, F. *La maggioranza deviante: l'ideologia del controllo sociale totale*. Turim: Einaudi, 1971, (Nuovo Politecnico 43).

BAUDRILLARD, J. *O sistema dos objetos*. Tradução Zulmira Tavares. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 2006. (Série debates. Semiologia, 70).

____. *A sociedade de consumo*. Tradução Arthur Mourão. Lisboa: Edições 70, 2007.

BECKER, E. *A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana*. Tradução Luis Carlos do Nascimento Silva. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BITAR, C.A. (Org.) *Responsabilidade civil, médica, odontológica e hospitalar*. São Paulo: Saraiva, 2007.

BLOCH, E. *Droit naturel et dignité humaine*. Tradução Denis Authier e Jean Lacoste. Paris: Payot Rivages, 1991.

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUIVO, G. *Dicionário de Política*. Tradução Carmem C. Varialle, Gaetano Lo Mónaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacaís e Renzo Diniz. 8. ed. Brasília: Ed. UNB, 1995.

BOCARD, A. *Ars moriendi: l'art de bien vivre et mourir*. Paris: Librairie du Congrès, 1493.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Tradução Regina de A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOWLBY, J. *Perda: tristeza e depressão*. Tradução Valtensir Dutra 3 ed. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção Apego e Perda, v.3).

BRAGA, J C. de S; PAULA, S.G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Código Penal Brasileiro. Decreto lei nº2. 848 de 7 de setembro de 1940. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

____. Código de Processo Penal. Decreto Penal. Decreto lei n. 3.689 de 3 de outubro de 1941. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 de out. 1941.

____. Lei n.8.489 de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 nov.1992.

____. Lei n. 9.250 de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do Imposto de Renda das pessoas físicas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 dez. 1995.

____. Lei n.7.713 de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1988a.

____. Lei n.8.742 de 7 de setembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 1998b.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.3.535 de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 14 out. 1998c. Seção I, n. 196-E, p.53-54.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. 3536 de 2 de setembro de 1998. Determina a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 set. 1998d. Seção I, n. 169, p.77-83.

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS n. 113, de 31 de março de 1999. Cria a possibilidade de credenciamento de UI de radioterapia e quimioterapia. *Diário Oficial [da]*

República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 abr. 1999a. Seção T, n. 62-E, p.11-12.

____. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico de Medicamento sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1 fev. 1999b. Seção 1, n.21, p.29-42. (Versão Republicada em 24 jun. 2002).

____. Decreto n. 3.000 de 26 de março de 1999. Regulamento do Imposto de Renda – RIP/99. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 mar. 1999c.

____. Constituição (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000.

____. Instituição Normativa SRF n.15 de 6 fevereiro de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 fev. 2001a.

____. Lei n. 10.182 de 12 de fevereiro de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 fev. 2001b. Seção 1–E.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.587, de 3 de setembro de 2002. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME Revisão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 set. 2002.

____. Lei n. 10.182 de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial União*, Brasília, DF, 3 nov. 2003.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: MS, 2004.14p. Disponível em: <<http://www.dtr2002.saude.gov.br.htm>>. Acesso em: 18 jan 2005.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8p. (Série – E. Legislação de Saúde).

____. *Decreto n. 6.108 de 4 de maio de 2007*. Concede o licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao efavirenz, para fins de uso público não comercial. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 18 maio 2007a.

____ Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade. Brasília: FUNASA, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 nov.2007b.

____. *Portaria n.886, de 24 abril 2007*. Declara de interesse público os direitos de patente sobre o Efavirenz, para fins de concessão de licença compulsória para uso público não comercial. *Diário Oficial [da] República federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 abr. 2007.

BROUARDEL, P. *La responsabilité médicale*. Paris: Bailliére, 1898.

BRUNHOFF, S. de. *Estado e Capital: uma análise da política econômica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985.

BUCHALLA, A. P. Abaixo a ditadura dos índices. *Veja*. São Paulo: Editora Abril, edição 2048, ano

41, n.7, semanário 20 de fevereiro de 2008, p.103-109.

CAPLAN, AL; McCARTNEY, J J; SISPLI, D.A. *The case of Terri Schiavo: ethics at the end of life*. New York: Prometheus Book, 2006.

CAPONERO, R; MELO A.G.C. de. *Cuidados paliativos*. Consenso Nacional de dor oncológica, 1, 2000, São Paulo: EPM, 2000.

CARVALHO, A.I de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1985.

CASTRO, J. de. *Sete palmos de terra e um caixão*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CERNICCHIARO, L.V. *Anteprojeto da Parte Especial do Código Penal de 1984*. Brasília: Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados, 1984.

CHALMERS, A.F. *O que é ciência afinal?* Tradução Raul Fiker. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CHESNAIS, F. *A mundialização financeira: gênese, custo e riscos*. Tradução Carmem Cristina Cacciaccaro, Luís Leiria, Silvana Foá e Valeria Coelho da Paz. Escala, 2007.

_____. *A mundialização do capital*. São Paulo, 1996.

CICERO, M.T. *A velhice saudável: o sonho de Cipião*. Tradução Luis Feracine. São Paulo: Ed. Escala 2007.

CIORAN, E. M. *La tentação de existir*. Lisboa: Relógio D'Água. 1988.

CLARK, W. R. *Sex & Origins of death*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

CLOTET, J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

CÓDIGO EUROPEU DE ÉTICA MEDICA. *Resolução sobre o respeito pelos de Direitos do Homem na União Européia*. 1997. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/.htm>> Acesso em: 29 jan. 2008.

COLLUCCI, C. Leito seletivo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 abr. 2005a. Cotidiano, c.1.

_____. Em casa ou em enfermarias, doentes incuráveis recebem tratamento: cuidados paliativos são alternativa longe de UTI. *Folha de São Paulo*, São Paulo 13 abr. 2005b. Cotidiano, c.1.

_____. Conselho autoriza parar de tratar doentes terminais: norma serve de orientação para os médicos, mas não o isenta perante a lei. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 10 nov. 2006. Cotidiano, c.1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.1480/1997: Critério para a caracterização da morte encefálica. *Diário da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 ago. 1997.

_____. Resolução CFM n.1.246/1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 1998. Seção 1, p. 1574 -77.

_____. Resolução CFM n.1085/2006. *Diário da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 nov.

2006.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. *Documentação*, v.3, p.15-25, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Cadernos de Ética em Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COMTE, A. *Reorganizar a sociedade*. Tradução Antonio Geraldo da Silva. São Paulo: Ed. Escala 2006a. (coleção Grandes Obras do Pensamento Universal 18).

_____. *Discurso sobre o espírito positivo*. Tradução Antonio Geraldo da Silva. São Paulo: Ed. Escala 2006b. (coleção Grandes Obras do Pensamento Universal 30).

COSTA, J.F. Desiguais na vida e na morte. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 maio 1994.

COUDER, B; RÖSCH, G; SANDIER, S . La consommation de services medicaux continuers à côtre rapidement. *Economic et Statisque*, n.37, set. 1972.

COUTINHO, C.N. *Democracia e socialismo: questões de princípio e contexto brasileiro*. São Paulo: Cortez, 1992. (Coleção Polêmica do Nosso Tempo, 51).

CUMMINS, R. O. *Advanced Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1999.

CRUZ, I. C. F. da; BARROS, S. R. T. P. de; FERREIRA, H.C. Enfermagem em Home Care. *Enfermagem atual*, v.1, n.4, p.35 – 38, jul./ago. 2001.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo*. Tradução Joana Morais Varela e Manuel Maria Carrilho. Lisboa: Assírio & Alvim, 1977.

DIAGNOSIS OF DEATH. Memorandum issued by the honorary secretary of the Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, 15 January 1979. *British Medical Journal*, v. 1, n.6159, feb. 1979.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. Introdução à disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S; et al. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução Sandra Regina Netz. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2006, p.15-41.

DESCARTES, R. *Discurso do método: regras para a direção do espírito*. Tradução Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2000.

DEUTSCH MEDICAL ASSOCIATION. Principles of the German Medical Association concerning terminal medical care. *Journal of Medicine and Philosophy*. v. 25, n. 2, p. 254–58, 1998.

DOYLE, J.C. Unnecessary ovariectomies. Study based on the removal of 704 normals ovaries of 546 patients. American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, v.148, n.13, mar. 1952.

DOYLE, D.; HANKS, G. W.; MacDONALD, N. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd. .Ed.

Oxford: Oxford University Press, 1998.

JEFFREY, D. *Palliative Care in the Home*. Oxford: Oxford University Press. 2000.

DRAIBE, S. M.; O «Welfare State» no Brasil, características e perspectivas. *ANPOCS*, n.12, 1988.

___; AURELIANO, L. M. A especificidade do «Welfare State» brasileiro. *Economia e Desenvolvimento*, Brasília, n. 3, MPAS/Cepal, 1989.

DRAY, G. M. *O princípio da igualdade no direito do trabalho*. Coimbra: Almedina, 1999.

DUDA, D. *Coming home: a guide to dying at home with dignity*. Santa Barbara: Aurora Press, 1987.

DUMÉNIL, G.; LÉVY, D. *Uma nova fase do capitalismo?* São Paulo: Xamã Editora, 2003.

DYE, T. R. *Understanding public policy*. 7. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1992.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

___ . *A solidão dos moribundos: envelhecer e morrer*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

EINSTEIN, A. *Como eu vejo o mundo*. Tradução H.P. de Andrade. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Tradução Ciro Mioranza. São Paulo: Ed. Escala, 2005. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal, 2).

EDUCATION FOR PHYSICIAN ON END OF LIFE CARE. *Participant's handbook: plenary 1*. EUA: The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.

EPICURO. Carta a Meneceu. In: *Pensamentos*. Tradução Johannes Mewaldt et al. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ESCOREL, S. *Elemento para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social: o Brasil tem um welfare state?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*. n.24, set. 1991.

ESSLINGER, I. *De quem é a vida, afinal?* descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Congresso Continental de 4 julho de 1.776. *Declaração de Independência*. Disponível em: <<http://www.embaixadaamericana.org.br>>. Acesso em: 25 jan. 2008.

___ . *The Patient Self-Determination Act of 1990*. Washington: House of Representatives, H.R. 4449. U.S. 101st Congress, 2d Session, 1990. p.19.

ESTADO DO CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. *Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

____. *Código dos Direitos do paciente: Carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde - SUS*. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Decreto Municipal n.19. 936 de 22 de maio de 2001*. Regulamenta a Lei n.3167, de 27 de dezembro de 2000, disciplinando a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro e o exercício das respectivas gratuidades. *Diário Oficial do Estado*, 14 set. 2005.

ESTADO DE SÃO PAULO. Poder Executivo. Lei n.10.241, de 18 de março 1999. *Diário Oficial do Estado*, 18 mar. 1999. Seção I. v.109, n. 51.

FALCÃO, H. A. Home care: uma alternativa ao atendimento da saúde. *Medicina on line*, v.2, n.7, jul./set. 1999.

FARIAS F. B. de. *O Estado capitalista contemporâneo: para a crítica das visões regulacionistas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

____. A economia política financeira. Conferência da I Jornada Internacional de Políticas Públicas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. *Revista Políticas Públicas*, São Luís, v.7, n.2, p. 141-74, jan./jun. 2003.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Good Clinical Practice*. Washington/DC: FDA, 1987. Disponível em: <http://www.fda.gov/oc/gcp/htm>. Acesso em: 29 jan. 2008.

FEIFEL, H. *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill, 1959.

FERREIRA DA SILVA, R. C. *Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

FEYERABEND, P. K. *Against method*. London: Verso, 1975.

FORTES, P. A. de C. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Camilo, 2003. p.103-12.

FOUCAULT, M. Qu'est- ce qu'un auteur? *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, Paris, jun. /set. 1969.

____. La vérité et les formes juridiques. *Cadernos da PUC.*, Rio de Janeiro, n.16, p.5-133, juin, 1974. (conférences à l'université pontificale catholique de Rio de Janeiro, du 21 au 25 mai 1973).

____. Sur la sellette. Entretien avec J-L. Enzine. *Les nouvelles littéraires*. n.2477, p.17-23, mars. 1975.

____. Les rapports de pouvoir passent a l'interieur des corps. *La quinzaine littéraire*. n.247, p.4-6, jan. 1977.

____. Les mailles du pouvoir. *Barbârie*. n.4, p.23-7, été 1981.

____. Le sujet et le pouvoir. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1982. p.208-26.

____. *Ditos e Escritos* tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

v.1.

____. *Resumo dos Cursos do College de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

____. *Historia da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1999.

____. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

____. *Ditos e Escritos: ética, sexualidade, política*. Tradução Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

____. *Ditos e Escritos: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Tradução Elisa Monteiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. v.2.

____. *Ditos e Escritos: estratégia, poder - saber*. Tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. v.4.

____. *Microfísica do poder*. Organização e tradução Roberto Machado. 22. ed. São Paulo: Graal, 2006b.

____. *A ordem do discurso*. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 13. ed. São Paulo: Loyola, 2006c. (Coleção Leituras Filosóficas).

____. *O nascimento da clínica*. Tradução Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006d.

FRAGA, A. Viciados em Estado. *Veja*, São Paulo, n.1991, 17 jan. 2007. (Páginas amarelas).

FRANCE. *Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale*. Disponível em: <<http://www.cnrdr.fr/article.php3?5htm>>. Acesso em: 29 jan. 2008.

____. Loi n.99.477 du 9 juin 1999. Visant a garantir le droit d'access aux soins palliatifs. *Laennec: médecine, santé, éthique*, p.1.214, oct, 1999.

____. *End of life, ending life, euthanasia*. London: III Global Summit of National Bioethics Comissions, France: Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, 2000a. n.63.

____. *Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale*. France: Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, 2000b. n. 65.

FREIRE, A. *Selecta grega*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1947.

GALLARDO, C. P. et al. El apoyo sóciosanitário prestado a los pacientes terminales de câncer en domicilio y grado de satisfaccion de los mismos. *Medicina Paliativa*, Madrid, v.9, n.1, 2002.

GARELLI, F. Controle social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Tradução Carmen C. Varialle, Gaetano lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacaís e Renzo Dini. 8. ed. Brasília: Ed. UnB, 1995. p.283-85.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção. In GARRAFA,

- V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p.35-44.
- GHEZZI, M. I. L. *Convivendo com o ser morrendo*. Porto Alegre: Sagra, 1995.
- GIACOMINI, M. A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. Society of Science Medicine. *Elsevier Science*, London, v.44, n.19, p.1.465 -82, 1997.
- GOMES, M. de F. C. M. Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In: SILVA E SILVA, M. O. da. (org.). *Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática*. São Paulo: Veras Editora, 2001. p.17-35.
- GOMES, A. M. de A.; RUIZ, E. M. *Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional da saúde*. Fortaleza: EdUECE, 2006.
- GOMES SILVA, I. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos Conselhos de Saúde do Sistema Único de Saúde. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. *Revista de Políticas Públicas*. São Luís, v.7, n.1, p.75-92, jan./jun., 2003.
- GONÇALVES, C. M. da C. Questões sociais e os desafios da Constituição Federal de 1988: algumas reflexões. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v.7, n.1, p.35-76, jan./jun. 2003.
- GORER, G. *The pornography of death*. London: Cresset, 1955.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
- GREZZI, R. A. *O Código Penal de la República Oriental del Uruguay*. 4. ed. Montevideo: Fundación de Cultura Universitária, 1996.
- GUDIN, E. *Análise de problemas brasileiros*. Rio de Janeiro: Agir, 1965.
- GUERRA, M. A. T. Bioética e cuidados paliativos na assistência à saúde. In: FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). *Bioética e saúde pública*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2003.
- GURGEL, W. B. O silogismo da morte: a relação orgânica entre o Estado e a morte nas sociedades capitalistas. *Ciências Humanas em Revista*, São Luís, v.1, n.2, dez. 2006a.
- _____. Metodologia nas ciências humanas. *Ciências Humanas em Revista*, São Luís, v. 4. n. especial, p.9-28. 2006b.
- _____. A morte como questão social. *Barbarói*, Santa Cruz do sul, n.27, p.60-91, jul./dez. 2007.
- HARICHAUX, M. La protection des libertés et droits corporales. Liberté et Droits Fondamentaux. Examen d'entre au CRFPA. Montchrestien, Paris, 1995.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1994.
- HEIDEGGER, M. *A origem da obra de arte*. Tradução. Maria da Conceição Costa. Lisboa: Edições Setenta, 1977.

- _____. *Ser e tempo*. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 4. ed., v.2. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. 2. ed. Barcelona: Ediciones 62, 1986.
- HOBBS, T. *Leviatã: ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. Tradução Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2001. (Coleção A Obra Prima de Cada Autor. Série Ouro, 1).
- _____. *Do cidadão*. Tradução Fransmar Costa Lima. São Paulo: Martin Claret, 2004. (Coleção A Obra Prima de Cada Autor, 173).
- HOMERO. *A Ilíada*. Tradução Haroldo de Campos. São Paulo: Ed. Mandarim, 2002. v.1.
- HORKHEIMER, M. El Estado autoritário. Tradução Bolívar. Echeverría, *Palos*, Mexico, n.1, p.113-35. jul./sept. 1980.
- HUMBERT, V. *Je vous demande le droit de mourir*. Ed. Frédéric Veille. Neuilly-sur-Seine Cedex: Michel Lafon, 2003. (Hors Collection).
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica*. São Paulo: Cortez, 1983.
- IANNI, O. Globalização e Imperialismo. Unicamp. *Crítica marxista*, Campinas, n.3, p.130–31. 1996.
- _____. *A sociedade global*. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, Seattle, v.134, n.3, feb. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo de 2000*. Disponível em: <http://www.bme.ibge.gov.br>>. Acesso em: 8 ago. 2006.
- IKEDA, D.; SIMARD, R.; BOURGÉAULT, G. *Ser humano: essência da ética, da medicina e da espiritualidade*. Tradução José Willians Mendes. São Paulo: Seiko-Eduel, 2007.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Tradução José Kosinski de Cavalcanti. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- IWASSO, S. CFM desobriga médicos de prolongar a vida dos pacientes terminais. *O Estado de São Paulo*, 28 jul. 2006, v. 127, n.41191, p. A15.
- JAMESON, F. *O pós modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio*. Tradução Maria Elisa Cevalco. 2. ed. São Paulo: Ática, 2006.
- JARAMILLO, I. F. (Org.). *Morrer bem*. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Planeta, 2006.
- KANT, I. *Crítica da razão pura*. Tradução Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2001. (Série Ouro, 3).
- KEYNES, J. M. *The general theory of employment, interest and money*. London: Macmillan, 1973.
- KIERKEGAARD, S. *O desespero humano*. Tradução Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2001.

(Coleção A Obra Prima de Cada Autor, 78).

KING, D. O Estado e as estruturas de bem estar. *Novos estudos CEBRAP*, n.22, 1988, p.53-76.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2001. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.2 n.47, p.111-14, 2001.

KOTTOW, M. H. Comentários sobre Bioética, vulnerabilidade e proteção. In GARRAFA, V.; PESSINI, L. O. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003, p.71-85.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LAKATOS, I; MUSGRAVE, A. *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. Tradução Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cutrix-EdUSP, 1979.

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. *Metáforas da vida cotidiana*. Organização e tradução Vera Maluf. São Paulo: EDUC-Mercado de Letras, 2002.

LEBRUN, F. *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII et XVIII siècles*. Paris: Flammarion, 1975.

LÉVY, J. P. *Le pouvoir de guérir*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1991.

LÊNIN, V. I; *Carta de Engels a Augusto Bebel*. Tradução Joám Castinheira. Disponível em:<<http://www.marxists.org/portugues/lenin/1919/07.htm>>. Acesso em 24. fev. 2006.

_____. *Estado e Revolução*. São Paulo: Expressão popular, 2007.

LERICHE, R. *La Philosophie de la chirurgie*. Paris: Flammarion, 1951.

LIMA, T. M. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Descentralização e controle social. *Revista de políticas públicas*, São Luís, v.6, n.2, 2002, p.71-96.

LIMA DA SILVA, J. L. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*. v.3, n.12, Curitiba, jul./set. 2004.

LOPES, C.R.; VASCONCELOS, W. Quando o remédio pode virar veneno. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 43, p.10-13, jan. 2006.

LUKÁCS, G. *História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista*. Tradução Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LUNA, M. Eutanásia e obstinação terapêutica. Conselho Federal de Medicina. *Medicina Geriátrica*, Brasília, v. 20, n.155, p.18, maio/jul. 2005.

MACHADO, K. Orçamento da Saúde 2007: R\$ 5,7 bilhões a menos. *Radis*, Rio de Janeiro, n.55, p. 8-12, mar. 2007.

MACIEL, M. G. S. Morte no domicílio: experiência da equipe de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Prática hospitalar*, São Paulo, v. 6, n.36, nov./dez. 2004a.

Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica.html>>.

____. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Prática hospitalar*. São Paulo, v.6, n.35, set./out. 2004b. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/html>>.

____ *Crêterios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2007a.

____. *Cuidados dirigidos à fase final da vida: morte no domicílio e no hospital*. São Paulo: Hospital do Servidor do Estado, São Paulo: Hospital do Servidor do Estado, 2007b. Apostila.

MARANHÃO, J. I. S. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

MARCONDES, D. *A pragmática na filosofia contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. (Coleção Filosofia Passo a Passo).

MARSHAL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Tradução Meton P. Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, K. *Elementos fundamentais para la crítica de la economía política*. 8. ed. Grundrisse. Ciudad de México: Siglo XXI, 1973. v.2.

____. *O Capital: crítica da economia política*. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. v.I e II.

MARX, K. *Contribuição para a crítica da economia política*. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1859/08/15.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2001.

____. *Crítica ao Programa de Gotha*. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2001.

____. *O 18 brumário de Luis Bonaparte*. Disponível em: <<http://www.marxists.org.htm>>. Acesso em: 7 jul. 2001.

____. *O Capital: crítica da economia política*. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 23. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. v.2.

____. Teses ad Feuerbach. In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã: Feuerbach – A contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista*. Tradução Frank Muller. São Paulo: Martin Claret, 2006. p.117-120. (Coleção A Obra Prima de Cada Autor, 192).

____; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

____. *Manifesto do Partido Comunista*. Disponível em: <<http://www.culturabrasil.org/zip/manifestocomunista.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2001.

MASON, G. Convenção da Virgínia de 12 de junho de 1776. *Declaração de Direitos da Virgínia*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dec1776.htm>. Acesso em: 25 jan. 2008.

MENDES, W. *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2001.

- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do Capital*. Tradução Paulo César Castanheira; Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo/Unicamp, 2002, p.983 - 1011.
- MIGLIOLI, J. Globalização: uma nova fase do capitalismo? *Crítica marxista*. Campinas: Unicamp, n. 3, 1996. p.140-42.
- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. (Org). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MITFORD, J. *The American way of death Revisited*. New York: Alfred A Knopf, 1998.
- MÖLLER, L. L. *Direito à morte com dignidade e autonomia: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade*. Curitiba: Juruá Editora, 2007.
- MONTAIGNE, M. de. *Ensaio*. Tradução Sérgio Milliet. São Paulo: Victor Civita, 1972. (Coleção os Pensadores).
- MONTAÑO, C. Das «Lógicas do Estado» às «Lógicas da Sociedade Civil»: Estado e «Terceiro Setor» em questão. *Revista quadrimestral de Serviço Social*, São Paulo, v. 20, n.59, p.47-79, mar.1999.
- MORA, J. F. *Diccionario de Filosofia*. Barcelona: Alianza Editorial, 1986.
- MORAES, J. Q. de. A miragem global e a rearticulação imperilista. *Crítica marxista*, Campinas, n.3, p.143-45. 1996.
- MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. de. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MUTO, E; NARLOCH, L. Uma nova morte. *Superinteressante*, São Paulo, n.221, p.48-53, dez. 2005.
- NAKASU, C. *Atendimento psicológico a pacientes terminais*. Disponível em: <http://www.institutoagilita.com.br/artigo_G.php>. Acesso em 7 mar. 2007.
- MELO NETO, J. C. de. *Morte e vida severina e outros poemas para vozes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006. (Edição comemorativa).
- NEVES, E. M. Alegorias sobre a morte: a solidariedade familiar na decisão do lugar de «bem morrer». *Caderno Pós Ciências Sociais*. São Luís, v.1, n.2, p.53-71 ago./dez. 2004.
- NICÁCIO, Z. Menina de 15 anos morre eletrocutada. *O Imparcial*. São Luis, fev. 2006.
- NIETZSCHE, F. W. *A genealogia da moral*. Tradução Antonio Carlos Braga. São Paulo: Ed. Escala 2006. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal, 20).
- NOIN, D. *La géographie démographique de la France*. Paris: PUF, 1973.
- NOVO CÓDIGO FRANCÊS DE DEONTOLOGIA MÉDICA. *O Mundo da Saúde*. v.12, n.3, p.257-59. 1979.

- O'CONNOR, M. C. *The art of dying well: the development of the ars moriendi*. New York: Columbia University Press, 1942. (Collection Columbia University Studies in English and Literature, 156).
- O KELLY, E. *Claro como o dia: como a certeza da morte mudou a minha vida*. Tradução Regina Lyra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.
- O'ROURKE, K. *A primer for health care ethics: essays for a pluralistic society*. 2th ed. Washington DC: Georgetown University Press, 2000.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro 1984.
- OLIVEIRA, F. de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F. de; PAOLI, M. C. P. M. (Org.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e a hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. *Acordo Internacional sobre Direitos de Propriedade Intelectual*. Disponível em: <<http://www.inpi.gov.br/html>>. Acesso em 25 jan. 2008.
- OMNÈS, R. *Filosofia da ciência contemporânea*. Tradução Roberto Leal Ferreira. São Paulo: UNESP, 1995.
- ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS. *Code de déontologie médicale*. Paris, 1995.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1.htm>. Acesso em: 25 jan. 2008.
- _____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2008.
- _____. *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direito.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2008.
- ÖRKÉNY, I. *A exposição das rosas*. Tradução Aleksandar Jovanovic. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- ORTEGA Y GASSET, J. *A rebelião das massas*. Tradução Marylene Pinto Michael. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- PARKEAR. *Jornal @notícia: respeito ao leitor*. Parkear.com. Disponível em: http://www.parkear.com/portugues/a_noticia.php? Acesso em 8. ago.2006.
- PASCAL, B. *Do espírito geométrico. Pensamentos*. Tradução Antonio Geraldo da Silva. São Paulo: Ed. Escala 2007. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal, 61).
- PEREIRA, E. R. Sempre adorei enterros, flores, aquelas tumbas bonitas, a solenidade do último adeus: eu podia nem conhecer o morto, mas prestava minha homenagem. *Sou + eu*. São Paulo, p.34, dez. 2007. Ed. Abril.
- PEREIRA NETO, A. de F.; ROCHA, S. L. A. da. Além da norma: notas sobre dois Códigos de Ética Médica Brasileiros (1931/1988). *Saúde em Debate*. v. 46, p.22-8, 1995.
- PERELMAN, C. *Ética e Direito*. Tradução Maria Ermantina Galvão G. Pereira. São Paulo: Martins

Fontes, 1996.

PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.

_____. Questões éticas chave no debate hodierno sobre a distanásia. In GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003, p.389-408.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas atuais de Bioética*. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

PIOVESAN, Fl. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Ed. Max Limonad, 1998.

PLATÃO. *Menon*. Version de Ute Schmidt Osmanzik. México: Bibliotheca Scriptorvm Graecorvm et Romanorvm Mexicana, 1975.

_____. *Fédon*. Tradução Jorge Paleikat e João Cruz Costa. São Paulo: Victor Civita, 1976. (Coleção Os Pensadores).

_____. *Críton*. Tradução Jaime Bruna. São Paulo: Cultrix, 2004.

POLANYI, K. *A grande transformação: as origens de nossa época*. Tradução Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980.

PORTUGAL. *Código Penal Português Anotado e Comentado: Legislação Complementar* Manuel Lopes Maia Gonçalves. Lisboa: Almedina, 2007.

_____. *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*. Lisboa: Ordem dos Médicos, 2007. Disponível em: <<http://www.ordemdosmedicos.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

PRÁTICA HOSPITALAR. São Paulo: Ed. Office e Publicidade Limitada, v.5 n.28, jul./ago. 2003.

PRENDERGAST, T.J.; CLAESSENS, M. T.; LUCE, J. M. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Respiratory and Critical Care Medicine*, n.158, p.1163-67, 1998.

PRZEWORSKI, A. *Capitalismo e Social Democracia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

QUEVEDO, F. de. *A hora de todos. A Fortuna com inteligência*. Tradução Liliana Raquel Chwat. São Paulo: Ed. Escala 2006.

RADIS. Os planos de saúde e a dívida com o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.49, p.7, set. 2006a.

_____. Situação do câncer no Brasil: um balanço da doença que a globalização expandiu. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.52, p. 8-17, dez. 2006b.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.45, maio. 2006c.

_____. Almanaque para conselheiros. Editorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.53, p.3, jan. 2007a.

_____. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde: um ano depois, muito a cumprir. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.54, p. 89, jan. 2007b.

____. Ações judiciais, riscos para o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.63, p.6, nov. 2007c.

____. EUA contra proposta brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.64, p.5. Dez. 2007d.

REGONINI, G. Estado do bem estar. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Tradução Carmen C. Varialle, Gaetano lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Caçais e Renzo Dini. 8. ed. Brasília: Ed. UnB, 1995, p.416-19.

REIS, J. J. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia brasileira das letras, 1991.

REVEL, J. M. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução Carlos Piovezani Filho e Nilton Milanez. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIMLINGER, G. V. *Welfare policy and industrialization in Europe, America, and Russia*. New York: John Wiley & Sons. 1977.

ROCHA, C. L. A. Ação afirmativa: o conteúdo democrático do princípio da igualdade jurídica. *Revista de Direito Público*. n.15, 1985.

ROMERO, M. *Medicalização da saúde e exclusão social*. Bauru SP: Edusc, 2002.

ROQUEPLO, P. *Le partage du savoir: science, culture, vulgarisation*. Paris: Seuil, 1974.

ROSS, E. A. Social Control. *The American Journal of Sociology*. v.1, n.5, p.513-35, mars. 1896.

RUIZ, E. M.; TEIXEIRA, N. G. M. Reflexões sobre a mercantilização da morte e do morrer. ARRAIS NETO, E. A.; OLIVEIRA, E. G.; GURGEL, C. M.; et al., (Org.). *Educação e modernização conservadora*. Fortaleza: UFC edições, 2006, p.77-94.

SAHM, S. W. Palliative care versus Euthanasia. The German position: the German General Medical Council's principles for medical care of the terminally ill. *Journal of Medicine and Philosophy*. v.25, n.2, p.195-219, 1998.

SALAMA, P. Abertura e pobreza: qual abertura? . Conferências da II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Programa de pós graduação em Políticas Públicas. *Revista de políticas públicas*, São Luís, v. 1, n.9, p.189-216 jan./jun. 2005.

SANVITO, W. L. *A medicina tem cura? Uma abordagem crítica da medicina contemporânea*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e justiça: política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Comissão Municipal de Investigação e Análise de Óbitos. *Mortalidade materna e infantil: Relatório 2005*. São Luis, 2005.

____. Secretaria Municipal de Saúde. *Direitos e Deveres do usuário hospitalizado*. São Luis: Humaniza SUS, 2005.

- _____. *Mortalidade materna e infantil: Relatório ano 2006*. São Luís: SEMUS, 2007.
- SARAMAGO, J. *As intermitências da morte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Revista Brasileira de Pediatria*, Rio de Janeiro, mar, 2005.
- SCHOPENHAUER, A. *Da morte. Metafísica do amor. Do sofrimento do mundo*. Tradução Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2001.
- SCOLESE, E. Leito Seletivo: Humberto Costa disse que proposta de limitar acesso à terapia intensiva tornou-se debate político. Ministro da Saúde recua e pára a discussão sobre restrição em UTI. *Folha de São Paulo*, 13 abr. 2005. Cotidiano, c1.
- SÊNECA, L. A. *As relações humanas: a amizade, os livros, a filosofia, o sábio e a atitude perante a morte*. Tradução Renata Maria Pereira Cordeiro. São Paulo: Landy Editora, 2002.
- _____. *A brevidade da vida*. Tradução Luiz Feracine. São Paulo: Ed. Escala, 2007.
- SHULHA, L. M.; COUSINS, J. B. Evaluation use: theory, research, and practice since 1986. *Evaluation Practice*. v. 3, n.18, p.195-209, 1997.
- SILVA, R. Ideologia de estado e autoritarismo no Brasil. *Cadernos de pesquisa*. PPGSP/UFSC, n.21, p.1-30, jun. 2000.
- SILVADO, C. E. S.; WITTIG, E. O; MARQUETTI P. R. C. Critério de morte encefálica. *Arquivo do Conselho Regional de Medicina do Paraná*. v. 3, n.11, p.15-9, 1986.
- SILVA E SILVA, M.O. da. Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do *Welfare State*. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, João Pessoa: UFPB, v. 15, n.15, p. 29-42 set. 1999.
- _____. O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. *Revista de políticas públicas*, São Luís, v.4, n.1/2, p.27-50 jan./dez. 2000.
- _____. (Org.). *Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática*. São Paulo: Veras, 2001.
- SIMONE, G. de; TRIPODORO, V. *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas*. Buenos Aires: Pallium Latino americana, 2004.
- SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. *Código de Ética Médica*. Aprobado el 27 de abril de 1995. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay; 1995.
- SINGER, P. Vegetarianism. In: HONDERICH, T. *Oxford companion to philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- _____. *Repensar la Vida y la Muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Buenos Aires, México: Piados, 1996.
- _____. *Vida ética: os melhores ensaios do mais polêmico filósofo da atualidade*. Tradução Alice Xavier.

Rio de Janeiro: Ediouro, 2002a.

_____. *Ética prática*. Tradução Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. Quality end-of-life: A global perspective. *BMC Palliative Care*, v.1, n.4, July 2002c.

_____. BOWMAN, K. Quality end-of-life care: A global perspective. *BMC Palliative care*, v.1, n.4, 2002.

SMITH, A. *Riqueza das nações*: das causas do aprimoramento das forças produtivas do trabalho ordem segundo a qual sua produção é naturalmente distribuída entre as diversas categorias do povo Tradução Maria Teresa de Lemos Lima. São Paulo: Juruá Editora, 2006. Livro I.

SÓFOCLES. *Antígona*. Tradução Donaldo Schüller. Porto Alegre: L&PM, 1999.

STOFFELL, B. Voluntary euthanasia, suicide and physician-assisted suicide. In KUHSE, H; SINGER, P. *A Companion to Bioethics*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2001, Blackwell Companions to Philosophy, p.272-279.

SUASSUNA, A. *Auto da Compadecida*. 10. ed. São Paulo: Agir, 1973.

TEIXEIRA JUNIOR, R. R.; OLIVEIRA DE SOUZA, M. A. *Vocabulário de análise do comportamento*: um manual de consulta para termos usados na área. Santo André: Esetec, 2006.

TELES V. S. Questão Social: afinal do que se trata? *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, v.10, n.4, p. 85-95, out./dez. 1996.

THOMAS, L.V. *Antropologia de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.

THOMPSON, J. B. *A mídia e a modernidade*: uma teoria social da mídia. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. *Ideologia e cultura moderna*: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Tradução Pedrinho A Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

TITMUS, R. *Commitment to welfare*. London: George Allen & Unwin. 1968.

_____. *Essays on the welfare state*. 3th ed. London: George Allen & Unwin Ltd., 1976.

TOWNSEND, J; FRANK, A; FERMOND, D; et al. Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. *BMJ*, n.301, p.415-17, 1990.

TRIBUNAL INTERNACIONAL OF NUREMBERG. Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals - 1947. *Control Council Law*. v.2, n.10, p.181-82, 1949.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *The State of the World's Children 2006*: Excluded and Invisible. Publications, 2005.

WEBER, Max. *Ciência e Política*: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2001. (Coleção A Obra

Prima de cada Autor, 80).

____. A «objetividade» do conhecimento na ciência social e na ciência política. In: WEBER, M. *Metodologia das ciências sociais*. Editor Johannes Winckelmann. Tradução Augustin Wernet. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993. v.1. p.107-54.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: WHO, 1990.

____. *Proposta de diretrizes internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos*. Geneva: WHO, 1993.

____ WORLD HEALTH ORGANIZATION *The world health report 1997 – Conquering suffering, enriching humanity*. Geneva: WHO, 1997.

____. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: WHO, 1998a.

____. *Symptom relief in terminal illness*. Geneva: WHO, 1998b.

____. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.

____. *Better palliative care for older people*. Geneva: WHO, 2004.

WILENSKY, H. *The welfare state and equality*. Chicago: University of California Press. 1975.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. Tradução Marcos G. Montagnoli. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. (Coleção Pensamento Humano).

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaração de Sidney*. 22. Assembléia Geral. Sidney: WMA, 1968.

____. *Declaração de Lisboa*. 34. Assembléia Geral. Lisboa: WMA, 1981.

____. *Declaração de Veneza*. 35. Assembléia Geral. Veneza: WMA, 1983.

____. *Declaração de Helsinki*. 52. Assembléia Edimburgo. Escócia: WMA, 2000.

WOLF, M. *Teorias da comunicação*. 4. ed. Lisboa: Presença, 1995.

WOLTON, D. *Le nouvel ordre sexuel*. Paris: Seuil, 1974.

WORDEN, J. W. *Terapia do luto: Um Manual para o Profissional de Saúde Mental*. Tradução Max Brener e Maria Rita Hofmeister. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

VANDERVEKEN, D. Aspectos cognitivos na lógica intensional e teoria da verdade. Tradução Wildoberto Gurgel e Anna Mochel. *Ciências Humanas em Revista*. São Luís, v.3, n. especial, 2005, p. 15-38.

VIZENTINI, P. G. F. Imperialismo e globalização. *Revista Crítica Marxista*, São Paulo, Brasiliense, v. 1, n.3, p.151, 1996.

VOVELLE, M. *The revolution against the Church: from reason to the Supreme Being*. Columbus:

Columbus University Press, 1991.

ZIEGLER, J. *Os vivos e a morte: uma «sociologia da morte» no Ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais*. Tradução Aurea Weissenberg. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

ZIEGLER, M. A medicine of strangers or a medicine of intimates. The legacies of Karen Ann Quinlan. *Second Opinion – health-faith-ethics*, n.4, p. 68, abr. 1998.

ZOBOLI, E. L. C. P. Referenciais de análise em Bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. In: FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003. p. 25 -34.