

# Finitude e Bioética do Fim da Vida

## *Finitude and Bioethics of End of Life*

### Finitud y Bioética del Fin de la vida

Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

O substantivo *finitude* é um neologismo surgido inicialmente na língua inglesa durante o Século XVII, com o sentido de “caráter daquilo que é finito”<sup>1</sup>. Indica, de maneira geral, uma propriedade daquilo que é limitado no tempo e no espaço; de maneira específica, a condição humana entendida como limitada ou *finita*. Conceitualmente, “finito” está sempre relacionado com seu correlato direto e contrário: o “infinito”, que delimita dialeticamente a compreensão de “finito”. Mas isso quer dizer que um fenômeno, entendido como “finito”, só pode ser compreendido através de uma determinada interpretação daquilo que não pertence diretamente ao seu conceito: o “infinito”<sup>2</sup>.

A adjetivação (“finito”) pode referir-se a bens, como na expressão “recursos finitos” - que se tornou uma palavra-chave na bioética sanitária - ou a seres vivos, que podem ser humanos ou não. Na expressão “finitude humana”, o substantivo “finitude” se refere a uma *característica universal da condição existencial humana*, que pode ser indicada também pelo termo *vulnerabilidade* (do latim *vulnus* “ferido”), ou seja, o fato de todo ser humano poder ser “ferido”, adoecer e sofrer. Portanto, por estar exposto aos riscos da vida, em sua existência, o indivíduo pode passar da potencialidade - representada pela “vulnerabilidade” - ao ato - e tornar-se “vulnerado”. Isso poderá ocorrer quando estiver submetido à atualização dos riscos, como no caso da instalação de um dano e, para quem se ocupa de saúde, das várias formas assumidas pelo fenômeno chamado “doença”. Neste sentido, a doença deve ser vista como o resultado de um processo, chamado adoecimento, em que a finitude e a vulnerabilidade se atualizam.

Esta conceituação é, evidentemente, uma das tantas possíveis sobre a finitude (entendida como característica de todo ser vivo), pois toda conceituação depende de um ponto de vista ou de um conjunto de pontos de vista. Aqui utilizaremos o olhar do campo interdisciplinar formado, por um lado, pelas Ciências da Saúde (e seus problemas a serem resolvidos) e, por outro, pelas Éticas Aplicadas e, em particular, a Bioética, a qual aborda os aspectos morais envolvidos pelos problemas das primeiras de acordo com seu ponto de vista (ou “o conjunto de pontos de vista” visto que podem existir várias bioéticas<sup>3</sup>).

De fato, o adoecimento é uma das principais fontes de nossa percepção da condição humana de “finitude”, e refere-se aos humanos considerados não só individualmente, mas também como população. Este é certamente o caso das epidemias, tanto quanto o das doenças crônicas e degenerativas, como os vários tipos de câncer, que são a principal consequência da transição epidemiológica em curso nas sociedades contemporâneas. Da mesma forma, pode ser também (como já foi) o caso do extermínio de populações por razões imunitárias (como no caso paradigmático da biocracia nazista<sup>4</sup>).

Mas pensar a finitude como a condição que nos constitui enquanto seres “vulneráveis” e “mortais” nunca foi evidente. Um indício dessa dificuldade é o fato de não conseguirmos pensar a “finitude” de maneira direta em condições “normais”, mas tão somente em situações “extremas” de perigo e ameaça. Ou, então, de forma indireta ou metafórica, como se todos nós – seres finitos e vulneráveis – estivéssemos impossibilitados em pensar na finitude enquanto algo constitutivo de nosso ser no mundo. Do ponto de vista conceitual, tal impossibilidade de pensar a própria morte, junto com aquela de outros, se manifesta na redução da extensão do conceito “mortais”,

<sup>1</sup> Sanitarista e Bioeticista. PhD em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ. Pós-Doutorado em Bioética, Universidade do Chile. Pesquisador Titular da ENSP/FIOCRUZ. Consultor de Bioética do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

restringido ao universo dos “outros” mortais, sem nunca poder pensar na nossa morte, a não ser, de forma inesperada em situações extremas de sofrimento. Nas quais ela pode tornar-se, inclusive, uma “libertação”. Mas será que podemos eliminar o problema da morte e da finitude dizendo, por exemplo, que se trata de um falso problema, como pretendia, no fundo, o filósofo grego Epicuro? Para este, o problema da morte não deveria nos preocupar, visto que não seria um problema filosófico autêntico. E isso porque quando estamos mortos, não podemos pensar na morte porque não podemos estar fora dela para poder pensá-la, ao passo que, quando estamos vivos, a morte tampouco seria um problema, pelo simples fato de não estarmos mortos. Logo, não valeria à pena pensarmos em algo que não existe no momento em que estamos vivendo e pensando, mas, ao contrário, deveríamos pensar em nossas vidas a serem vividas da melhor maneira possível.

De fato, toda experiência de adoecimento nos faz duvidar da tese do filósofo de que não teríamos nenhuma boa razão para temer a morte. Este é certamente o caso dos doentes (que sofrem sua finitude na carne), mas pode sê-lo também para os profissionais de saúde em geral, e em particular, para médicos, parentes, amigos e outros “cuidadores”. Todos têm uma vivência, pelo menos indireta e, ao mesmo tempo, mais “íntima” da finitude dos doentes que sofrem de uma doença incurável, e que procuram alguma forma de conforto, inclusive a “libertação” final pela eutanásia e o suicídio voluntário assistido.

Neste sentido, uma das formas de lidar com a finitude é certamente a prática de curar e/ou cuidar de pacientes, graças aos avanços da biomedicina. Isso nos leva, inevitavelmente, ao campo das Éticas Aplicadas e da(s) Bioética(s), pois tais avanços não são sempre recebidos, por todos, como promissores. Situando-se, de fato, entre os extremos da esperança tecnofílica e do espanto tecnofóbico<sup>5</sup>.

## MORTE E FINITUDE NA CULTURA CONTEMPORÂNEA

Em geral, a cultura contemporânea não lida muito bem com a morte e a finitude, devendo, muitas vezes, pensá-las *ex post*, quer dizer quando elas já se instalaram no real. De fato, nossa época tem uma relação com a finitude que pode ser vista como paradoxal. Com efeito, os sentidos de “imperfeição” e de “falta” – herdadas da tradição medieval e moderna – se radicalizam, como na concepção do *ser-para-a-morte* de Heidegger<sup>6</sup>. Para esse filósofo alemão, este ser para a morte, que todos nós seríamos, indicaria uma impossibilidade permanente e insuperável do próprio ser. E essa impossibilidade do ser de pensar o não ser faria com que a finitude seja, não só uma característica de nossa incapacidade de compreender o ser em sua precariedade, mas, de maneira muito mais radical, a verdade originária

do próprio ser. Ainda que inevitavelmente esquecida no nosso dia a dia, a finitude e a morte nos confronta nos momentos (e eventos) mais impensados. Por isso, alguns filósofos chamam (sobretudo a partir das reflexões de Nietzsche<sup>7</sup>) a época contemporânea de *niilista*, visto que no mundo atual ter-se-ia perdido a relação da finitude com o infinito, tornando-a uma espécie de absoluto e condenando a ideia de infinito à falta de sentido; em suma, condenado à “ideia vaga de um indefinido irracional ou ao exercício infinito de uma interpretação que o finito faz de si mesmo”<sup>2</sup>.

Assim sendo, pode-se dizer que nossa época tem tido uma relação contraditória com a finitude; pois, por um lado, incorporou-a sob a forma de uma obsolescência acelerada no dia a dia de nossas relações e inter-relações, por outro, não a aceita ou a recalca indevidamente. Este é certamente o caso da assim chamada “obstinação terapêutica”, que – de acordo com a expressão – consiste em repetir “obstinadamente” comportamentos que não resultarão necessariamente no alívio de quem sofre e, sim, em redução da qualidade do morrer. Mas a obstinação terapêutica não é algo gratuito, pois se inscreve no desejo, em princípio legítimo, de “lutar” contra o sofrimento e contra a morte, até onde isso for razoavelmente possível. Em particular, esse desejo está na origem de nossas ciências e técnicas que, em princípio, servem para melhorar a qualidade de vida dos humanos, e não somente para preservar a vida a qualquer custo, como parece ainda ser, muitas vezes, o caso de nossas ciências biomédicas, em especial a Medicina, que, em muitos casos, prioriza a preservação da vida, sem levar em conta se é com qualidade. Só que esse desejo de preservar a vida, em princípio “legítimo”, pode tornar-se questionável quando implica em produtos e procedimentos que servem menos para melhorar a qualidade de vida e mais para reproduzir o próprio dispositivo da biomedicina e/ou garantir os interesses corporativos envolvidos, o que pode trazer problemas praticamente insolúveis aos sistemas sanitários eternamente em crise.

## A REVOLUÇÃO BIOMÉDICA E A BIOÉTICA DO FIM DA VIDA

Uma das consequências principais da “revolução biomédica”<sup>8</sup> – ou da vigência do “paradigma biotecnocientífico”<sup>9</sup> no campo do saber-fazer dos “profissionais de saúde” – é a “crescente intervenção nos processos vitais”; à qual devemos acrescentar a conseqüente “secularização da vida” e “as mudadas condições de morrer”, acompanhadas pelas “mudadas atitudes em relação às últimas fases da vida”; pois, cada vez mais, as pessoas “querem conhecer o diagnóstico que lhe diz respeito e decidir, em primeira pessoa, as estratégias terapêuticas”<sup>8</sup>.

Uma prova dessa “transição paradigmática”<sup>10</sup> é uma mudada relação com a morte nas últimas duas décadas. Essa mudança reflete-se tanto no campo do saber-fazer dos profissionais em saúde como naquele dos valores morais envolvidos, e das mudadas circunstâncias nas quais se dá o processo de morrer - que afetam o campo das práticas em biomedicina e, conseqüentemente, o debate no campo da ética e da bioética.

Com efeito, se o historiador francês Philippe Ariès podia ainda afirmar que a morte teria sido apagada ou recalçada a partir dos anos 1960 do Século XX, tornando-se – de acordo com o sociólogo inglês Geoffrey Gorer (citado por Ariès) – uma espécie de “pornografia da morte”; pois, na época, a morte era vista como “prematura [...] imprevista [...] breve [...] não prorrogável [*improcrastinabile*]”<sup>8</sup>, hoje existem indícios suficientes para poder afirmar que a atitude frente à morte mudou, ou, pelo menos, que está mudando, pois:

(1) “saber” e “decidir” sobre seu “fim de vida” tornou-se “um direito fundamental da pessoa” e

(2) o uso do *consentimento livre e esclarecido* do paciente competente - que estrutura a relação médico-paciente - uma prática corrente no campo biomédico.

Em realidade, esse direito da pessoa competente (i.e. “capaz de entender e querer”) de saber e poder decidir não somente sobre sua qualidade de vida, mas também sobre a qualidade de seu morrer está cada vez mais “encarnada”, por exemplo, nos pedidos de *suicídio assistido* (i.e. praticado pelo próprio paciente com a ajuda de terceiros) ou de *eutanásia voluntária* (i.e. praticada por terceiros com o pedido explícito do paciente), devendo-se acrescentar - no caso de pessoas não mais competentes - os modos do *testamento biológico* ou das *diretrizes antecipadas* (formulados quando o paciente era ainda “competente”).

Em particular, de acordo com o bioeticista Maurizio Mori, no campo do saber-fazer biomédico a transição paradigmática se manifesta como crise do assim chamado *vitalismo médico* tradicional, o qual implicava – como “tese axiológica” – que “a vida biológica é sempre boa em si [e] a morte sempre o pior dos males”, e – como “tese deontológica” – o “imperativo vitalista” segundo o qual “o dever primeiro e precípua do médico é fazer sempre todo o possível (e talvez também o impossível) para prolongar, ao máximo, a vida e retardar, quanto for possível, a morte do paciente”<sup>8</sup>.

A principal consequência dessa crise paradigmática (ou da “morte” do *vitalismo médico* como pensa Mori) é o crescimento da convicção (que Mori considera “um acordo unânime”) de que a assim chamada *obstinação terapêutica* - que sempre implica um “dano para o paciente” e que violaria o próprio princípio de beneficência, pois “não [faria] outra coisa senão aumentar a dor do paciente”

(como mostrariam as mortes do marechal Tito e do ditador Franco) - seja um erro moral, visto que “as situações terminais devem ser tratadas com modalidades diferentes daquelas elaboradas para a terapia das outras doenças (agudas ou crônicas)”<sup>8</sup>.

Paralelamente a este “definimento” do vitalismo, emerge, a partir dos anos 1970 do Século XX, a convicção de que ao invés de querermos tão somente “acrescentar anos à vida” deveríamos “tentar acrescentar ‘vida aos anos’”; pois, a partir de um determinado estágio de adoecimento, esforços razoáveis deveriam ser aqueles que visam à “criação de uma atmosfera serena e familiar, que permita à pessoa viver as fases finais da vida da melhor maneira possível”, visto que “mesmo quando não é mais possível *curar* o paciente, fica sempre um amplo espaço para *cuidar* do paciente [e] permitir que tenha uma ‘boa morte’”<sup>8</sup>.

Com isso entramos no âmbito dos Cuidados Paliativos, que constituem uma recente especialização da assistência sanitária e que consistem, substancialmente, na oferta de cuidados resultantes da integração entre as várias especialidades envolvidas (médicos, enfermeiros, voluntários etc.) e que visam a garantir uma morte digna e, até onde for possível, serena. Portanto, tem como planejamento da assistência o controle dos vários tipos de sintomas (físicos e psíquicos), considerando também os interesses existenciais e as relações sociais, e prestando uma “atenção especial na ‘boa morte’, entendida como morte sem sofrimento e sem perda de dignidade”<sup>8</sup>.

## BIOÉTICA, CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

O surgimento dos Cuidados Paliativos vem sendo acompanhado por uma mudança no imaginário social e, sobretudo, uma transformação do *ethos* contemporâneo e de suas escalas de valores. Mas tal transformação não está isenta de conflitos. Com efeito, embora exista um relativo consenso sobre a legitimidade moral da recusa da “obstinação terapêutica” - por violar os princípios de não maleficência e de beneficência - não existe de fato consenso. Por um lado, há quem condene moralmente a morte voluntária (tanto na modalidade do suicídio assistido como naquela da eutanásia), mesmo em situações extremas (ou “infernais”<sup>8</sup>), e quem, ao contrário, a aceita, em condições extremas e como resposta a um pedido explícito de “liberação” por quem vive essa “situação infernal”.

Uma das razões dadas para a recusa da obstinação terapêutica é a assim chamada “humanização” da medicina, a qual deveria ser vista também como uma tentativa de “humanizar a morte” ou - para ser mais preciso - o “processo de morrer”. Concretamente, tal “humanização” implicaria em:

(1) evitar procedimentos que caracterizem a obstinação terapêutica e deixar o paciente enfrentar a morte da maneira mais “natural” possível;

(2) acompanhar o paciente que está morrendo com simpatia (ou capacidade de “partilhar” o que sente o outro), ou até com empatia (ou capacidade de estar “em sintonia” com o outro) e afeto no último estágio de sua vida;

(3) evitar qualquer ato que cause artificialmente e intencionalmente a morte, mesmo que isso seja requerido explicitamente pelo paciente.

Isso implica, em substância, evitar – consensualmente – os atos que caracterizem a obstinação terapêutica, mas, também, evitar – mas isso não é objeto de consenso – ações que possam abreviar o processo de morrer. Neste sentido, os Cuidados Paliativos parecem representar uma alternativa tanto à obstinação terapêutica quanto ao suicídio assistido e à eutanásia, pois os paliativistas recusam – coerentemente – a obstinação terapêutica (em nome da “humanização”); mas, por outro lado, recusam também, muitas vezes, o direito do paciente ao suicídio assistido e à eutanásia (em nome de uma suposta “naturalidade” do processo de morrer que é de fato uma espécie de *avatar* do antigo vitalismo baseado na distinção aristotélica entre potência e ato).

## OS POSSÍVEIS ARGUMENTOS PALIATIVISTAS

Teoricamente, os argumentos dos “paliativistas” - que pretendem “humanizar o morrer” - podem ser de cinco tipos:

(1) existiria uma diferença essencial (e até de tipo ontológica) entre fazer e não fazer, ou seja, entre o ato ativo de “matar” e o “não ato” de “deixar morrer” um ser humano;

(2) tal distinção seria moralmente significativa, pois “matar” seria sempre pior que “deixar morrer” (de acordo com o primeiro argumento);

(3) os eventuais pedidos de ajuda para morrer não seriam de fato pedidos “autênticos”, pois esconderiam o pedido de fato essencial, consistente em querer simpatia e afeto, não se tratando, portanto, da manifestação de uma autêntica vontade de terminar a existência;

(4) papel do médico seria tão somente o de curar e/ou cuidar, isto é, reduzir o sofrimento, nunca matar, mesmo a pedido do paciente, pois isso estaria em contradição com o dever primordial do médico de “salvar vidas”;

(5) tal atitude de se abster de “matar” garantiria a confiança necessária da população no campo sanitário, ao contrário da legitimação da morte voluntária, que poderia ter consequências desastrosas no plano social.

Neste sentido, os Cuidados Paliativos parecem representar uma alternativa à Eutanásia e ao Suicídio

Assistido, mas ao preço de uma questionável desconsideração da vontade do paciente, pois não haveria nenhuma mediação possível entre os dois tipos de práticas, visto que a lei - pelo menos no Brasil - não admite a licitude do *testamento biológico* ou das *diretrizes antecipadas*. De fato, a alternativa implicaria uma relação disjuntiva entre os dois tipos de ações, pois havendo Cuidados Paliativos não poderia haver também nem eutanásia nem suicídio assistido; ou seja, os Cuidados Paliativos - diferentemente da eutanásia e do suicídio assistido - pretendem prestar assistência no processo de morrer através do controle dos sintomas, para que morrer seja sem sofrimentos evitáveis. Podendo-se dizer que o objetivo dos Cuidados Paliativos é que haja uma “boa morte”.

Entretanto, os dois tipos de prática podem ser vistos, ao contrário, como complementares, desde que se tenha em conta a temporalidade, pois essa condição seria necessária para evitar os impasses da relação disjuntiva. Num primeiro momento, consideraríamos a oferta dos Cuidados Paliativos, e, num segundo, de acordo com as mudadas condições do paciente que tornem seu processo de morrer “insuportável”, a oferta de ajuda para realizar a morte voluntária, representada pelo suicídio assistido ou a eutanásia. Mas, com isso, a antiga separação entre “fazer” e “deixar acontecer” se torna menos cogente e até questionável em muitos casos; pois, contrariamente à crença de que “matar seja [sempre] pior do que deixar morrer”, pode-se muito bem sustentar que nos casos em que “a natureza leva à morte em tempos longos” seja sustentável “que é moralmente preferível a intervenção humana de pessoas competentes” e que seja “melhor o ‘fazer’ do que o ‘deixar acontecer’”<sup>8</sup>.

Chegados a este ponto da reflexão - que em bioética deve sempre ter em vista a análise racional e imparcial da conflituosidade - devemos abrir um parêntese e lembrar que um dos argumentos (de fato uma analogia) muitas vezes utilizados contra os defensores da eutanásia e do suicídio assistido é que a “eutanásia” foi praticada também pelos nazistas nos campos de concentração. De fato, o programa do Terceiro Reich para a eutanásia - chamado *Aktion T4* - adotado pelas autoridades nazistas a partir de 1938 na sede da Tiergartenstrasse 4 de Berlim - e que foi considerado durante muitos anos “a operação mais secreta do Terceiro Reich”<sup>11</sup> - não era propriamente um programa de eutanásia ou de “mortes piedosas” como propagandeavam os próprios nazistas. Era, sim, uma política “eugênica” de extermínio dos portadores de doenças hereditárias e de grupos considerados perigosos, cuja vida não seria digna de ser vivida e contra os quais a sociedade teria o direito de se imunizar<sup>4</sup>. Trata-se em realidade de uma confusão conceitual inaceitável, pois consiste em uma eufemização da prática de extermínio

(alardeada pelos próprios ideólogos nazistas), que, de fato, não consistia em dar uma “boa morte” (é este o sentido próprio do termo eutanásia), mas, sim, em exterminar pacientes e em dar, de fato, uma “má morte” (que é o sentido próprio de *distanásia*). Neste mesmo sentido da confusão conceitual, qualificar o extermínio nazista como Holocausto - ao invés do mais correto *Shoah* (que em hebraico significa “destruição, aniquilação, catástrofe”) - é também questionável, por ter “uma conotação errada porque atribui às vítimas o estatuto de uma oferta sacrificial”<sup>11</sup> e porque a forma de extermínio biopolítico de populações - representado pela Shoah - era nada mais que uma “matança programada de pessoas que não eram nem consciencientes nem doentes terminais”. Em suma, não podemos confundir os dois termos, visto que os pedidos atuais de eutanásia são feitos, via de regra, de forma voluntária pelo principal interessado (o doente terminal), e “o fato de o procedimento ser voluntário, público e controlável deveria ser uma garantia suficiente para evitar eventuais abusos. Como conclui Mori - “o *argumentum ad Hitlerum* é [pelo menos] tolo”<sup>8</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da finitude é extremamente complexa e polêmica em nossas sociedades atuais, nascidas da conjunção de diferentes fatores, dentre os quais se destacam (a) os progressos da biomedicina; (b) o consumo crescente de medicamentos pelas mais variadas razões; (c) a vigência da assim chamada “sociedade indolor” acompanhada pela “utopia” da “saúde perfeita”<sup>12</sup>; (d) a incapacidade crescente de suportar privações e frustrações e, sobretudo, (e) a incompetência em pensar em um futuro efetivamente “sustentável”.

Por isso, a partir dos anos 1980 do Século XX, alguns filósofos da medicina e bioeticistas começaram a pensar na proposta, considerada necessária, de uma “cultura dos limites”, inclusive em campo sanitário. Dentre eles se destacou o bioeticista norte-americano Daniel Callahan, para quem poderíamos viver muito melhor se “todos começássemos a pensar nossa maneira de pensar [sobre a] morte”; em “estabelecer limites em uma sociedade tecnológica”, e também “estabelecendo quais seriam objetivos humanos” razoáveis e realmente defensáveis<sup>13</sup>.

Mas, como vimos, a finitude é dificilmente pensável em sociedades que não tenham tal “cultura dos limites” incorporada em seu imaginário e estruturada simbolicamente, pois nelas o “limite” parece ser percebido prevalentemente (e talvez exclusivamente) como fonte de frustração, ao invés de aceitar os “limites”

(o que pode ser feito inclusive com ironia e autoironia). Por isso, alguns autores - na trilha aberta por Sigmund Freud<sup>14</sup> - falam em “cultura do narcisismo”<sup>15</sup>, a qual já teria substituído a “cultura dos limites”, vigente quando a capacidade técnica e científica era bastante reduzida, mas não mais hoje.

Concluindo, o principal desafio atual - tanto teórico como prático - parece ser o de pensar a finitude dentro de uma cultura social dos limites, tendo, entretanto, a preocupação de não demonizar os avanços da biomedicina em sua missão de melhorar a qualidade de vida de indivíduos e populações humanas, inclusive ajudando pacientes a morrer quando isso for moralmente legítimo e eticamente justificável. Em suma, os “limites” devem ser pensados juntos com as novas “possibilidades” trazidas pelos avanços das ciências e das técnicas, em particular pela biomedicina, evitando tanto a atitude tecnofílica como a tecnofóbica. Mas esse é um exercício mental muito difícil, como já viram filósofos e poetas quando pensaram a finitude como uma dialética da condição humana no contexto de seus limites, mas também de suas possibilidades.

## CONTRIBUIÇÃO

Fermin Roland Schramm contribuiu na concepção e no planejamento; na obtenção e análise dos dados; na redação e revisão crítica do artigo.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. 11e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1972. Finitude; p. 359.
2. Esposito C. Finito. In: Marassi M. Enciclopedia filosofica. Milano: Bompiani; 2006. Vol. 5, p. 4294-305.
3. Neves MCP, Lima M. Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005.
4. Esposito R. Bios: biopolítica e filosofia. Lisboa: Edições 70; 2010.
5. Schramm FR. Existem boas razões para se temer a biotecnociência? Bioethikos. 2010;4:189-97.
6. Heidegger M. Sein und Zeit. Tübingen: Max Niemeyer; 2001.
7. Nietzsche F. Vontade de potência. Santos MDF, tradutor. Rio de Janeiro: Globo; 1945.
8. Mori M. Manuale di bioética. Verso una civiltà biomédica secolarizzata. Firenze: Le Lettere; 2010.
9. Schramm FR. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda LM. Biosafety transgenic

- organisms in human health products. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 109-27.
10. Almeida JLT, Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(supl 1):15-25.
  11. Segre B. Shoah. Gli ebrei, Il genocídio, la memoria. Milano: Il Saggiatore; 2003.
  12. Sfez L. A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Unimarco; 1996.
  13. Callahan D. Setting limits: medical goals in an aging society. Washington: Georgetown University Press; 1995.
  14. Freud S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia. Souza PC, tradutor. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. p. 13-107. (Obras completas; vol. 10).
  15. Lasch C. A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Pavareli E, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 1983.